

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo

Mariana Santiago Ferreira

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Cuidados de Enfermagem à criança com dor –
Avaliação e controlo**

Mariana Santiago Ferreira

Professora Maria de Lourdes Oliveira

2014



À minha mãe e irmã, pelo apoio incondicional e amparo nos momentos difíceis;
Ao Fernando, pela paciência, carinho e apoio incondicional;
Aos meus amigos, por compreenderem as minhas ausências ao longo desta caminhada;
À Sandra e às minhas primas, Cláudia e Teresa, pela sua disponibilidade e contributo;
À professora Maria de Lourdes Oliveira pela orientação académica e pelo incentivo nos
momentos desanimadores deste percurso;
Aos enfermeiros que me acolheram nos diferentes campos de estágio, que contribuíram para o
meu desenvolvimento pessoal e profissional;
Aos enfermeiros, que se disponibilizaram para responder aos questionários;
A todas as crianças e famílias com as quais contactei, que enriqueceram este trabalho.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS

A – anos de idade

Art.º – Artigo

h – horas

p. ex. – por exemplo

vs – *versus*

SIGLAS

CEP – Consulta Externa de Pediatria

CIPE – Classificação Internacional para a Prática dos Enfermeiros

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EDIN – *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*

EMLA[®] – *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

EN – Escala Numérica

EESCJ – Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem

ESCJ – Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP – *International Association for the Study of Pain*

MCEESIP – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MEOPA – Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto

NIDCAP® – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PQCEESCJ – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança do Jovem

PIPP – *Premature Infant Pain Profile*

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UP – Urgência Pediátrica

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Este relatório resulta da concretização do projeto de estágio, cuja temática contempla “Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo”, integrado no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo como objetivo principal descrever criticamente as atividades desenvolvidas e a forma como este percurso possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências de especialização de ESCJ (Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem), no contexto da dor.

A dor é uma das principais causas de sofrimento na infância, com importantes repercussões no desenvolvimento da criança. Na última década tem crescido a preocupação com a dor pediátrica, resultando num movimento profissional e político dirigido a esta problemática. A investigação atual revela uma diminuição significativa da prevalência da dor em Portugal, começando a verificar-se o cumprimento de normas de boa prática na avaliação da dor. Para que esta realidade se generalize é fundamental implementar programas de melhoria contínua no âmbito da avaliação e controlo da dor nas crianças.

Atualmente, não se observam avanços significativos nas intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança, em alguns contextos, cabendo ao EESCJ (Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem) contrariar estes resultados. A nossa preocupação foi investir na avaliação e controlo da dor na criança, especialmente nas intervenções não farmacológicas a oferecer à criança e ao jovem e contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

A família desempenha um papel determinante na vida da criança, sendo fundamental o seu envolvimento nos cuidados. Neste sentido, os pais são parceiros na prestação de cuidados, cabendo ao enfermeiro apoiá-los no seu papel parental, provendo-os de conhecimentos e habilidades para que possam gerir autonomamente os processos de saúde/doença dos seus filhos com vista ao controlo da dor.

O nosso objetivo é contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à criança com dor e sua família, diminuindo o impacto negativo da hospitalização. O modelo teórico selecionado para suportar este relatório foi a Teoria do Conforto de Kolcaba.

Palavras-chave: Dor, criança, avaliação, controlo, cuidados especializados.

ABSTRACT

This report is the result of the implementation of the project of internship, whose subject matter includes "Nursing care of children with pain – Pain assessment and control", which is integrated in the 4th Master Degree Course in Nursing - Specialization in Infant and Paediatric Health. Its prime objective is to critically describe the activities performed and the way as this process has allowed the acquisition and development of competencies of specialization in children and young people's nursing, in the context of pain.

Pain is one of the main reasons of suffering in childhood, with important repercussions in the child development. The past decade has seen a growing concern with paediatric pain, which resulted in a professional and political movement that is focused in this problem. The current research shows a significant decrease in the prevalence of the pain, in Portugal. Good practice standards in the assessment of pain in health care services have started to be observed. For this reality to become general, in all children and young people care services, it is crucial to implement continuous improvement programs as part of the assessment and control of pain in children.

At present no significant breakthroughs in pharmacological and non pharmacological interventions, regarding the pain control in the child, are observed in some contexts. It is for the specialist nurse in infant and paediatric health to counter these results. Our greatest concern was to invest in pain assessment and control in the child, especially in non pharmacological interventions that are offered to the child and the young person, as well as to contribute to the professional and personal development of nurses.

Family has a decisive role in the child's life and so its involvement in healthcare is vital. In this sense, parents are partners in the childcare provision and it is the nurse duty to support them in their parental role by providing them with knowledge and skills so that they may manage independently their children health / disease processes for pain control.

Our aim is to contribute to the improvement of the healthcare provided to the child with pain and its family, lessening the negative impact of the hospitalization. The theoretical model selected to support this report was Kolcaba's Theory of Comfort.

Key words: Pain, child, assessment, control, specialized care.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	16
1.1. Justificação da temática	16
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	
1. A DOR NA CRIANÇA.....	19
1.1. Enquadramento político-legal.....	20
1.2. Tipos de dor	21
1.3. Neurofisiologia da dor	22
1.4. Fatores mediadores da dor na criança	26
1.5. O desenvolvimento da criança e a dor	27
2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOR	31
2.1. Avaliação da dor.....	31
2.1.1. História da dor.....	32
2.1.2. Avaliação da intensidade da dor	32
2.2. Controlo da dor	34
2.2.1. Intervenções farmacológicas.....	35
2.2.2. Intervenções não farmacológicas	36
2.3. Filosofia de Cuidados	44
2.4. Modelo Teórico.....	45
CAPÍTULO III	
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO.....	49
1.1. Consulta Externa de Pediatria.....	49
1.2. Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/ Unidade de Queimados	54
1.3. Serviço de Urgência Pediátrica	57
1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	60
1.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	62
1.6. Estágio em contexto de trabalho	66
CAPÍTULO IV	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio

APÊNDICE II – Tipos de relaxamento muscular

APÊNDICE III – Objetivos definidos para o Estágio

APÊNDICE IV – Reflexão crítica: IV Encontro de Benchmarking

APÊNDICE V – Fornecimento de informação antecipatória na consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia

APÊNDICE VI – Guião de observação da prática de cuidados na consulta de preparação da criança, jovem e família para a cirurgia

APÊNDICE VII – Reflexão crítica: sedação vigil na Consulta Externa de Pediatria

APÊNDICE VIII – Proposta de questionário no âmbito da avaliação e controlo da dor

APÊNDICE IX – Experiências de estágio em que se utilizaram estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança hospitalizada

APÊNDICE X – Estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança com drepanocitose

APÊNDICE XI – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor e desconforto no RNPT

APÊNDICE XII – Folheto informativo: “Ajudar o seu bebé a crescer e a desenvolver-se na UCIN”

APÊNDICE XIII – Avaliação do desenvolvimento infantil – Consulta de vigilância dos 5A

APÊNDICE XIV – Reflexão crítica: Humanização dos serviços de atendimento a crianças e jovens

APÊNDICE XV – Panfleto informativo: “Como reduzir a ansiedade, o medo e a dor das crianças durante a vacinação – informação aos pais”

APÊNDICE XVI – Questionário aplicado aos enfermeiros de um serviço de internamento de pediatria para identificação das suas necessidades formativas relativamente ao controlo da dor na criança e sugestões de melhoria

APÊNDICE XVII – Pedido de autorização e respetivo comprovativo para aplicação do questionário

APÊNDICE XVIII – Análise dos resultados obtidos no questionário para identificação das necessidades formativas dos enfermeiros relativamente ao controlo da dor na criança e sugestões de melhoria

APÊNDICE XIX – Ação de formação e sensibilização: “Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo”

APÊNDICE XX – Proposta de revisão de Procedimentos de Enfermagem do contexto de trabalho no âmbito do controlo da dor na criança

APÊNDICE XXI – Instrumentos para colheita de dados sobre a História da Dor da criança

APÊNDICE XXII – Instrumentos de autoavaliação da dor na criança

APÊNDICE XXIII – Diplomas de “bom comportamento”

ANEXOS

ANEXO I – Expressão facial de dor no recém-nascido e lactente

ANEXO II – Escalas de avaliação da intensidade da dor

ANEXO III – Diagrama corporal

ANEXO IV – Certificado de presença no IV Encontro de Benchmarking da MCEESIP

INTRODUÇÃO

A UC (Unidade Curricular) “Estágio com Relatório”, integrada no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), prevê a realização de um relatório de estágio. É neste contexto que surge o presente relatório, intitulado de “Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo”, no qual pretendo explicitar as experiências desenvolvidas ao longo do estágio nos diferentes contextos, analisando e refletindo o percurso realizado e a forma como este possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências de especialização de ESCJ.

Como planeado no projeto de estágio, desenvolvido no 2.º Semestre no âmbito da UC “Opção II”, este iniciou-se a 30 de setembro de 2013 e terminou a 14 de fevereiro de 2014, desenvolvendo-se nos seguintes contextos: CEP (Consulta Externa de Pediatria), Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/ Unidade de Queimados, Serviço de UP (Urgência Pediátrica), UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), terminando em contexto de trabalho (apêndice I).

A performance como EESCJ requer a atuação particular a nível da “avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, (...) gestão do bem-estar da criança, deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, (...) e promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º123/2011, p. 8653).

De acordo com Benner (2001), a perícia desenvolve-se em situações da prática real, pelo que, a realização de um estágio transversal às diferentes áreas da prática do EESCJ é fundamental para a aquisição de conhecimentos e competências neste domínio.

A dor é uma sensação omnipresente e o seu alívio sempre preocupou o Homem, ser que cuida do próximo à luz dos conhecimentos da época e adaptando-se à evolução da

humanidade. É uma experiência particularmente frequente na vida da criança, no entanto, durante muitos anos pensou-se que as crianças não sentiam dor, convicções baseadas em conhecimentos insuficientes relativamente à neurofisiologia do desenvolvimento da dor na criança e na sua particular subjetividade neste grupo etário.

Atualmente, a investigação neste campo mostra que a criança sente dor e guarda memória da mesma. A dor é uma das principais causas de sofrimento na criança e o seu tratamento insuficiente tem consequências nefastas para o crescimento e desenvolvimento infantil. Na origem da dor aguda em pediatria encontram-se diversos fatores: procedimentos de diagnóstico e tratamento, distúrbios agudos relacionados com queimaduras, fraturas, traumatismo e inflamação dos tecidos resultantes de cirurgia e episódios agudos de doença. No seu conjunto, representam os principais motivos de procura dos cuidados de saúde pela criança, jovem e família, constituindo-se verdadeiros desafios para os profissionais de saúde, dada a sua frequência de aparecimento.

A negligência no controlo da dor é um problema amplamente reconhecido em Portugal. Na última década temos assistido a notáveis avanços científicos e a inúmeras iniciativas para melhoria das práticas nesta área, nomeadamente: ações de sensibilização e formação aos profissionais de saúde, publicação de orientações técnicas e guias de boa prática e o desenvolvimento dos primeiros estudos no âmbito da avaliação e controlo da dor, de modo a realizar um diagnóstico da situação (Batalha, 2013).

Estudos desenvolvidos no âmbito da dor na criança revelam uma redução significativa da sua prevalência a nível nacional, verificando-se que o registo da intensidade e a colheita da história da dor na criança começam a tornar-se práticas sistemáticas. Porém, no domínio das intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor não se verificam avanços (Batalha, 2013).

Os conhecimentos e as atitudes dos profissionais, baseadas em falsas crenças, a pré-disposição dos enfermeiros para a ação e a própria organização dos serviços continuam a representar importantes barreiras ao controlo da dor na criança, sendo inadiável intervir a este nível.

Os enfermeiros, nomeadamente especialistas em ESCJ, têm uma responsabilidade acrescida em contrariar este cenário sombrio que não poderá jamais ser perpetuado na defesa da saúde e bem-estar da criança. De acordo com a OE (Ordem dos Enfermeiros), o ESSCJ “faz a gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas”

devendo, para isso, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e, sobretudo, aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 123/2011, DR – Diário da República, 2.ª série, p. 8655).

Na atualidade estão documentadas inúmeras intervenções não farmacológicas, de carácter autónomo, adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil, que embora não substituam as intervenções farmacológicas têm efeito analgésico comprovado cientificamente, contribuindo para a redução do medo e da ansiedade da criança presentes durante a hospitalização. Na prevenção da dor na criança é necessário compreender a sua génese, bem como as características individuais do desenvolvimento infantil, permitindo, assim, um controlo eficaz da dor adaptado a cada criança e jovem.

No âmbito das competências comuns, o enfermeiro especialista “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011, DR, 2.ª série, p. 8653).

Um melhor controlo da dor traz vantagens a vários níveis, como é referido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), proporciona um maior conforto ao doente, ajuda a prevenir potenciais complicações, favorece a precocidade da alta e contribui para a humanização dos cuidados.

O presente relatório de estágio encontra-se organizado em quatro capítulos: I- Contextualização, no qual apresento a justificação da temática; no II – Enquadramento conceptual, desenvolvo a fundamentação teórica e exponho a evidência científica sobre o tema; no capítulo III – Descrição e análise do percurso formativo, descrevo o percurso efetuado nos diferentes contextos de estágio selecionados em função dos objetivos, respeitando o que é preconizado pela OE; finalmente no capítulo IV exponho as considerações finais.

CAPÍTULO I

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Neste capítulo pretendo apresentar a justificação da temática que orientou todo o meu percurso formativo, com início na UC “Opção II” e término na UC “Estágio com Relatório”.

1.1. Justificação da temática

O problema de partida para a elaboração do projeto “Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo” foi a necessidade de discutir as práticas relacionadas com a avaliação e o controlo da dor, à luz do conhecimento científico. A escolha da temática surgiu na sequência da análise da sua pertinência na área da Pediatria e, particularmente, no contexto de trabalho em que me insiro, visando um aprofundamento de conhecimentos relativos à intervenção do enfermeiro nesta área.

Pessoalmente, despertou-me interesse aprofundar esta temática pelo facto de, na prática profissional, me deparar diariamente com o sofrimento das crianças e sua família, tendo sentido uma necessidade de compreender melhor essa dor, de modo a poder preveni-la ou, quando já não for possível, tratá-la da forma mais adequada.

No seio da equipa de enfermagem, esta necessidade surgiu, em detrimento de identificar, na prestação de cuidados à criança e família, determinadas situações que poderão pôr em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados e, consequentemente, o bem-estar e a qualidade de vida da criança, jovem e família. O Art.º 88, alínea a) do Estatuto da OE enuncia-se da seguinte forma: “O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.” (OE, 2012, p.79).

Em primeiro lugar, saliento aspetos relacionados com os enfermeiros que se constituem como grandes obstáculos ao eficaz controlo da dor, nomeadamente a não

administração de analgésicos, por motivos infundados. É frequente ouvir um colega afirmar na passagem de ocorrências ou ler nos registos do processo clínico da criança: “não administrado analgésico por a criança se encontrar a dormir” ou, numa situação de pós-operatório imediato: “(...) por a criança não apresentar dor”. Não será uma falsa crença acreditar que uma criança a dormir não pode ter dor? Muitas vezes a exaustão da criança acumula-se e esta acaba por adormecer, o que não significa que não sinta ou não venha a acordar com dor. É necessário a dor instalar-se na criança, causando sofrimento desnecessário? De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (1994), a intervenção do enfermeiro não é necessariamente motivada por um desconforto prévio. De forma a assegurar a tranquilidade (tipo de conforto), o enfermeiro deverá ter consciência da predisposição da criança para desenvolver determinado desconforto, como é o caso da dor no pós-operatório, e gerir os cuidados à criança e família em conformidade. Afinal não é um dever dos profissionais de saúde prevenir a dor na criança? O controlo da dor, que inclui a sua prevenção, é um dever dos profissionais de saúde e um direito que assiste a todos os indivíduos, atingindo o seu máximo reduto nas crianças, a quem queremos poupar todo o sofrimento (OE, 2013).

No Regulamento das Competências Específicas do EESCJ pode ler-se: “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º123/ 2011, DR, 2.ªsérie, p.8655). Como é que se promove a continuidade do desenvolvimento infantil no hospital ao permitir o sofrimento da criança e não assegurando o seu conforto (dormir mal porque está com dor; não brincar porque está com dor; permanecer imóvel no leito porque está com dor;...)? O motivo da hospitalização já não pode ser evitado, mas os enfermeiros podem contribuir para que a vivência no hospital se constitua como mais uma experiência de desenvolvimento para a criança e não como uma interrupção do mesmo.

O enfermeiro que presta cuidados à criança e jovem com dor deverá estar sensibilizado para algumas barreiras ao controlo da dor que levam a criança a ocultar ou mesmo negar a sua dor, tais como: medo de falar com os profissionais de saúde, sofrer mais procedimentos de diagnóstico e tratamento dolorosos, desiludir os pais, adiar a alta hospitalar, acreditar que a sua dor não é suficientemente grave para justificar a queixa ou incomodar os profissionais de saúde e acreditar que sentir dor é esperado quando se está hospitalizado (Barros, 2003; Batalha, 2010; Pawar e Garten, 2010).

Após o exposto posso concluir que há uma falta de preparação da equipa de enfermagem no que respeita ao adequado controlo da dor que, não sendo corrigida, vai perpetuar o tratamento insuficiente da dor na criança nos serviços de saúde. Deste modo, é premente proceder a ações de sensibilização e formação dos profissionais de saúde que promovam uma atualização sistemática de conhecimentos no âmbito da avaliação e controlo da dor, e a desmistificação de crenças e mitos, prejudiciais à qualidade dos cuidados.

Em relação aos aspetos do contexto clínico e à organização do serviço, discutindo com a enfermeira chefe, verificamos que os procedimentos de enfermagem e protocolos locais que valorizam a avaliação e o controlo da dor são insuficientes. Existe um procedimento do serviço de enfermagem sobre “Avaliação da dor em crianças dos 0 aos 4 anos”, um protocolo pré-anestésico no pré-operatório e outro para administração de medicação analgésica/antipirética no caso de a criança apresentar dor e/ou febre.

Por outro lado, os métodos instituídos para avaliação da intensidade da dor são restritos, utilizando-se apenas a escala FLACC (*Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*) e a EN (Escala Numérica). Como se demonstrará no próximo capítulo deste trabalho, existem outras escalas recomendadas pela DGS (Direção-Geral da Saúde) que privilegiam a autoavaliação da dor, indispensável a uma correta avaliação da dor na criança.

Reconhecemos, ainda, que a elaboração da história da dor da criança não está implementada, sendo necessário criar um instrumento de recolha de dados para elaboração da mesma, que é fundamental para avaliar e controlar eficazmente a dor na criança.

A DGS (2012) defende que é necessário que os profissionais e os serviços reconheçam e consigam superar os principais obstáculos ao efetivo controlo da dor, tais como: falta de preparação, desconhecimento das orientações nacionais e internacionais, ausência de protocolos locais e de políticas organizacionais que valorizem o controlo da dor.

Relativamente ao enquadramento desta problemática na cultura de qualidade e segurança do hospital em que trabalho, em processo de acreditação da qualidade pela *Joint Comission International*, está prevista a avaliação e o tratamento da dor como indicadores da qualidade dos cuidados. “Os processos de cuidado da instituição reconhecem e refletem o direito de todos os pacientes à avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada” (*Joint Comission International*, 2010, p.62). Daqui se depreende que a dor seja um indicador de qualidade a monitorizar neste hospital, à semelhança do que já acontece com outros parâmetros, nomeadamente, incidência de infeção, quedas e úlceras de pressão.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretendo desenvolver a fundamentação teórica sobre o tema do presente relatório e expor a evidência científica encontrada através da pesquisa efetuada.

1. A DOR NA CRIANÇA

A IASP (*International Association for the Study of Pain*) define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano” (Kopf e Patel, 2010). Esta definição remete para uma compreensão da dor enquanto fenómeno multidimensional, subjetivo e individual, encerrando dois elementos indissociáveis: o sensorial e o emocional. O primeiro é determinado neurofisiologicamente e o segundo baseia-se no estado afetivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e fatores de ordem pessoal, cultural e espiritual (Batalha, 2010). Esta conceção multidimensional da dor é fundamental para a fazer uma adequada avaliação da dor e para o seu controlo eficaz.

Indissociável à condição humana, a dor é transversal a todas as faixas etárias, no entanto, a atenção particular pela dor na criança surge mais tardiamente na década de setenta, quando se constatarem diferenças muito significativas na abordagem da dor na criança, relativamente a adultos em condições idênticas (Batalha, 2010). Até recentemente, muitas pessoas acreditavam que as crianças não sentiam dor, convicções baseadas em mitos e na falta de conhecimentos sobre a neurofisiologia do desenvolvimento da dor na criança e na sua particular subjetividade neste grupo etário.

O conhecimento atual diz-nos que a criança sente efetivamente dor, sendo inclusivamente hiperálgica em relação ao adulto (Batalha, 2010). A DGS (2010) afirma mesmo que a criança tem dor e memória da mesma, sendo que a dor não tratada, tem consequências a longo prazo, com alterações permanentes no sistema nervoso que irão agravar respostas futuras à dor.

Na última década realizaram-se vários estudos nesta área que têm contribuído para uma consciencialização da necessidade de mudança nos comportamentos e atitudes da sociedade e particularmente dos profissionais da saúde.

Em 2007, um estudo realizado por Batalha, em Portugal, revelou que 56% das crianças e adolescentes sofria de dor no momento em que esta foi avaliada. Dentro deste grupo, o controlo adequado da dor foi uma realidade para aproximadamente 78% das crianças.

No ano de 2012, os estudos demonstraram uma redução significativa da prevalência da dor relativamente a 2002 (63% vs 25%), estimando-se que 75% das crianças não apresentavam dor no momento em que esta foi avaliada. Porém, a prevalência das intervenções farmacológicas não sofreu alterações (43% vs 42%) e a implementação de intervenções não farmacológicas baixou significativamente (72% vs 15%), o que requer particular atenção (Batalha, 2013).

A DGS (2003) alerta para o facto do controlo adequado da dor ser um dever e uma competência dos profissionais de saúde e um direito da pessoa que sofre, devendo ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde.

1.1. Enquadramento político-legal

Nas últimas décadas, a crescente preocupação relativa à abordagem da dor na criança e à humanização dos cuidados que lhe está subjacente resultou num movimento profissional e político dirigido a esta problemática.

O IAC (Instituto de Apoio à Criança) criou vários documentos sobre a defesa dos direitos da criança hospitalizada e procedeu à sua implementação e divulgação. Em 1996, editou a “Carta da Criança Hospitalizada” pela primeira vez em Portugal, com o objetivo de ampliar o conceito de humanização, tendo por base que a qualidade deve incluir os aspetos psicológicos, sociais e éticos dos cuidados à criança nos serviços de saúde portugueses. No contexto do controlo da dor salientam-se os Art.º 4 e 5, respetivamente: “Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” e “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2008). Em 2004, constituiu o Grupo de Trabalho “Promoção da Saúde para as Crianças e Adolescentes nos e pelos

hospitais” e elaborou o documento: “Respeito dos Direitos da Criança no Hospital”, determinando que “A criança tem o direito a não sentir dor” (IAC, s.d.).

A nível nacional, destaca-se ainda a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que tem promovido estudos científicos, formação de profissionais de saúde com divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor, mantendo-se atualizada e articulando com sociedades científicas nacionais e internacionais nomeadamente a IASP e a WHO (*World Health Organization*).

Desde 2003, a DGS definiu a dor como quinto sinal vital, preconizando a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, como norma de boa prática clínica em todas as instituições de saúde. Em 2008, foi implementado o “Programa Nacional de Controlo da Dor”, no sentido de se obterem ganhos em qualidade de vida da população que sofre com dor, nomeadamente as crianças. Recentemente, têm surgido orientações gerais da DGS e guias orientadores de boa prática, desenvolvidos pela OE, que visam a melhoria dos cuidados à criança com dor e família.

1.2. Tipos de dor

Apesar das experiências de dor serem idiossincráticas e variáveis em cada criança, a categorização dos diferentes tipos de dor tem orientado as metodologias de intervenção (Barros, 2003). A dor é classificada frequentemente em dor aguda, crónica e funcional.

A **dor aguda**, de longe a mais frequente, pode ser definida como uma dor previsível, intensa, decrescente e de curta duração (inferior a três meses) que desaparece quando tratada – episódio transitório. Este tipo de dor caracteriza-se pela combinação de lesão tecidular, dor, ansiedade e medo e, geralmente, está associada a respostas do sistema nervoso autónomo, tais como taquicardia, aumento da pressão arterial, midríase, sudorese e estimulação da secreção medular das suprarrenais (Watt-Watson, 2003). Pode dividir-se em dor provocada por traumatismos e acidentes (queimaduras, fraturas, lesões), associada a situações de pós-operatório (inflamação dos tecidos resultantes de cirurgia), agudização de doença (sintomatologia) e, finalmente, dor relacionada com procedimentos de diagnóstico e tratamento. Para Barros (2003), a dor associada a procedimentos dolorosos constitui a principal causa de sofrimento na criança hospitalizada.

A dor aguda não tratada pode levar ao desenvolvimento de **dor crônica**. Este tipo de dor pode estar presente sem haver uma lesão objetivável, caracterizando-se por ser de longa duração (superior a 3 meses) e sem função biológica, persistindo depois de cumprir uma função necessária. É considerada uma verdadeira doença e não um sintoma da mesma, conduzindo a debilidade e depressão profunda (Batalha, 2010). Ao perdurar na vida da criança adquire uma enorme importância para o seu bem-estar com influência no seu desenvolvimento global. Em idade pediátrica, a dor crônica é frequentemente consequência de doenças inflamatórias músculo-esqueléticas (artrite reumatoide juvenil e fibromialgia juvenil) ou de lesões internas resultantes de hemofilia. Na maioria das vezes este tipo de dor não resulta de causa isolada e a sua localização pode ser pouco específica ou difícil de delimitar, o que interfere no seu tratamento, restringindo as atividades de vida diária da criança.

A **dor funcional**, também denominada de psicogénica, caracteriza-se por ser de difícil tratamento e com tendência para se manter ao longo do desenvolvimento infantil. As dores de crescimento nos membros, as cefaleias e as dores abdominais repetidas são exemplos frequentes, surgindo muitas vezes em combinação na mesma criança e sem causa identificada. Comumente, está associada a ansiedade dos pais e da criança, relacionada com uma preocupação excessiva com a saúde e ocorrência de perturbações de somatização. As crianças e a família valorizam e intensificam estímulos inócuos, centram-se na dor e em sensações negativas, atribuindo um significado crescente de gravidade à sua recorrência (Barros, 2003).

1.3. Neurofisiologia da dor

Ao longo dos séculos foram formuladas muitas teorias sobre a dor na tentativa de compreender o seu mecanismo de ação. Em 1965, Melzack e Wall propuseram a teoria do portão, defendendo que a dor não é uma sensação sensorial simples, descrita somente como “sensação desagradável”, mas um fenómeno neurofisiológico complexo e dinâmico que integra várias dimensões.

O processo da dor compreende quatro fases: a transdução, transmissão, modulação e percepção. Os dois primeiros envolvem o processamento da informação desde os nociceptores até à espinal medula. Nesta, ocorre a modulação que delibera se os estímulos serão ou não percebidos como dor (Watt-Watson, 2003).

A **transdução**, ou ativação do recetor, refere-se à conversão dos estímulos excitatórios, dolorosos ou potencialmente dolorosos, em potenciais de ação que estimulam os

neurónios aferentes na periferia. Os nociceptores são terminações nervosas livres não especializadas, não mielinizadas ou ligeiramente mielinizadas, que convertem diversos estímulos (químicos, térmicos e mecânicos) em impulsos nervosos que o cérebro interpreta para produzir a sensação de dor (Patel, 2010; Watt-Watson, 2003). Os nociceptores localizam-se, na sua grande parte, na camada superficial da pele e mucosas e, em menor quantidade, em estruturas internas, nomeadamente: órgãos, superfícies articulares, paredes arteriais, canais biliares, foice cerebral e tentório da calote craniana (Batalha, 2010; Watt-Watson, 2003). A classificação do nociceptor relaciona-se com a classificação da fibra nervosa que constitui a terminação nervosa daquele nociceptor. Não é possível diferenciar recetores nervosos próprios de um determinado estímulo doloroso. A designação de nociceptor reporta-se a uma função, não a um órgão específico. Assim, existem nociceptores de fibras C, que respondem de forma polimodal a estímulos térmicos, mecânicos e químicos, e de fibras A- δ , que respondem a estímulos mecânicos e mecanotérmicos (Fields e Martin, 2006; Patel, 2010; Watt-Watson, 2003).

A transdução é mediada por várias substâncias químicas que são libertadas ou produzidas quando ocorre lesão tecidular. Assim, a estimulação dos nociceptores pode processar-se de duas formas: direta ou primária e indireta ou secundária. Na primeira, a lesão tecidular conduz à depleção de potássio pelas células lesadas e à produção de bradicinina e prostaglandinas. As prostaglandinas, por sua vez, potenciam os efeitos do potássio e bradicinina e de outros mediadores inflamatórios que originam a dor. Indiretamente, a transdução é influenciada pela libertação local de substância P, que provoca vasodilatação, e aumenta a produção e libertação de mediadores inflamatórios, como a histamina. O edema local ao exercer pressão sobre os tecidos circundantes pode ativar os nociceptores mecânicos, provocando a sensação de dor (Batalha, 2010). Independentemente da forma de estimulação dos nociceptores, a sinalização química protege a zona lesionada, levando a comportamentos que mantêm essa área afastada do estímulo doloroso (Patel, 2010). A dor desempenha assim a função vital de sinal de alarme, sendo fundamental para a integridade física do indivíduo (Watt-Watson, 2003; DGS, 2008).

A **transmissão**, como o próprio nome indica refere-se à condução do potencial de ação até à espinal medula. Neste processo estão implicadas as fibras C, de pequeno diâmetro, não mielinizadas caracterizadas por uma condução lenta e as fibras A- δ , com maior diâmetro, ligeiramente mielinizadas, de condução mais rápida. Desta forma, a sensação de dor produzida por um nociceptor de fibra C será difusa e retardada, descrita muitas vezes como

“queimadura” ou “pontada”, com uma localização pouco precisa, estando fortemente associada à componente afetiva. As fibras C constituem mais de dois terços das fibras nervosas periféricas. Por outro lado, um nociceptor de fibra A- δ produzirá uma sensação de dor aguda e rápida, descrita como “picada” e facilmente localizável. Este conjunto de fibras (C e A- δ) é responsável pela condução dos estímulos dolorosos, sendo classificadas como fibras de alto limiar. A condução de um estímulo não doloroso é realizada por fibras de baixo limiar (A- β e A- α), mielinizadas, de maior diâmetro e condução rápida.

Os mecanismos da dor compreendem interações entre **sistemas neuronais ascendentes** e **descendentes** que exercem um controlo inibitório do percurso nociceptivo ascendente. O impulso nervoso, gerado na periferia, percorre uma zona provida de fibras curtas com conexões difusas que se encontram ao longo da coluna – a substância gelatinosa. Os corpos celulares encontram-se na parte central da espinal medula, constituindo a substância cinzenta que assume a forma característica de borboleta. Na zona circundante, situa-se a substância branca, formada por axónios que sobem e descem desde a medula ao encéfalo (Batalha, 2010; Watt-Watson, 2003). Uma vez atravessada a espinal medula através da raiz dorsal, os impulsos nervosos ligam-se às vias espinhais ascendentes. As vias ascendentes mais importantes para os impulsos nociceptivos, localizados na metade ventral da espinal medula são: o sistema espinotalâmico e o sistema espinorreticular (Watt-Watson, 2003).

O sistema espinotalâmico é um sistema discriminativo que transmite rapidamente informações acerca da natureza, localização, intensidade e duração da dor até ao tálamo e, posteriormente, até ao córtex cerebral onde será interpretada (Batalha, 2010). Os impulsos transmitidos pelo sistema espinorreticular alcançam o tronco cerebral, tálamo e estruturas límbicas, ativando respostas autónomas e límbicas.

Atualmente, a ciência defende que não existe nenhum centro de dor, mas várias estruturas cerebrais interligadas responsáveis pela perceção última da dor, nomeadamente: partes do tálamo, formação reticular, córtex e sistema límbico. No seu conjunto, estas estruturas determinam as respostas comportamentais e reflexas à dor, sinalizam aspetos sensoriais discriminativos da dor, componentes motivacionais, cognitivos e afetivos e permitem a ativação de sistema analgésico descendente (Watt-Watson, 2003; Batalha, 2010).

O sistema anti nociceptivo descendente quando é ativado contraria a entrada dos impulsos dolorosos no sistema nervoso central, ou seja, exerce um efeito inibitório e modulador sobre as estruturas distais. Os neurónios descendentes transmitem informação

desde o córtex e zonas subcorticais (formação reticular, sistema límbico e hipotálamo) estabelecendo sinapses ao nível da substância cinzenta e, finalmente, nos cornos posteriores da medula ao nível da substância gelatinosa. A substância gelatinosa é o principal local de modulação das informações nociceptivas, recebendo e tratando inúmeras informações provenientes dos neurónios aferentes e áreas de controlo afetivo, sensorial, motivacional e cognitivo (Watt-Watson, 2003; Batalha, 2010).

A teoria do portão de Melzack e Wall explica este fenómeno inibitório com base na interação entre fibras aferentes nociceptivas e anti nociceptivas. As fibras A δ e C “abrem o portão” isto é, permitem a transmissão do impulso doloroso, enquanto as fibras A α e A β competem com estas, “fechando o portão” (transmissão bloqueada).

A abertura do portão também é condicionada pelo sistema opióide endógeno, constituído por endorfinas, encefalinas e dinorfinas, que se ligam a recetores opióides localizados sobretudo na substância cinzenta periaquedutal, bulbo raquidiano e espinal medula, impedindo a transmissão do impulso doloroso. Por sua vez, este mecanismo analgésico natural inibe a libertação de neuro péptidos, designadamente a substância P, considerada como o principal neurotransmissor envolvido na transmissão nociceptiva. Na mesma linha de pensamento, níveis aumentados de serotonina e noradrenalina, libertadas pelas vias descendentes, inibem a libertação de neurotransmissores bloqueando a transmissão do impulso (Patel, 2010; Batalha, 2010; Watt-Watson, 2003).

Quando os impulsos das fibras A δ e C são dominantes, a entrada através do portão é permitida, ocorrendo a perceção de dor no cérebro. Por outro lado, o portão fecha-se quando determinadas zonas cerebrais (núcleo trigémeo vestibular, hipotálamo e córtex cerebral) são estimuladas por via descendente, ocorrendo libertação de opiáceos endógenos e outros neurotransmissores que inibem a libertação da substância P. Assim se pode compreender o efeito analgésico das intervenções não farmacológicas utilizadas no controlo da dor.

A **perceção** e as reações à dor não são previsíveis, mas altamente variáveis. Perante um mesmo estímulo as respostas diferem de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa, dependendo da situação. Tal sucede porque a interpretação feita pelo córtex é influenciada não só pelas características do estímulo doloroso, como também por múltiplos fatores, abordados seguidamente.

1.4. Fatores mediadores da dor na criança

Para compreender a dor em pediatria é fundamental conhecer os inúmeros fatores que influenciam, direta ou indiretamente, a forma como as crianças percebem e manifestam a sua dor. As manifestações face à dor são muito variáveis e só poderão ser compreendidas no contexto do desenvolvimento humano (Barros, 2003).

Os **fatores individuais** da criança compreendem: predisposições biológicas (idade, estágio de desenvolvimento, género, identidade genética, nível cognitivo, personalidade, temperamento, estilo de confronto, condição de saúde, experiências prévias de dor) e ganhos secundários (não ir à escola, presentes, mais atenção). Dos fatores apresentados, destaco o estilo de confronto e as experiências anteriores de dor.

O estilo de confronto da criança diz respeito ao processo no qual a criança se envolve e inclui estratégias cognitivas e/ou comportamentais para enfrentar e lidar com o episódio doloroso. O estilo de confronto determina o risco de desenvolver medo e ansiedade, podendo ser de três tipos: sensitivo, repressivo ou neutro. As crianças sensitivas pedem informação e ouvem atentamente, utilizando estratégias de confronto ativo como auto verbalização ou racionalização, já as repressivas recusam informar-se sobre a experiência dolorosa, mesmo através do brincar, adotando estratégias de negação e evitamento. Crianças com estilo neutro apresentam características de ambos os estilos (Barros, 2003).

Crianças com experiências anteriores negativas de dor não tratada tendem a perceber a dor de forma mais intensa devido à ativação de processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor (sensitização). A sensação de perda de controlo intensifica a experiência dolorosa (Batalha, 2010; DGS, 2011).

Os **fatores familiares** relacionam-se com a sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes da família, percepção e atribuição de significado às experiências de dor, estilo educacional e modelos de dor na família (Linhares e Doca, 2010; Barros, 2003).

Por outro lado, os **fatores socioculturais** referem-se a um sistema de crenças e valores próprio de cada criança e família. Os valores culturais veiculados pela sociedade em que a criança está inserida determinam a forma de manifestação de dor (p. ex. “os homens não choram”) (Batalha, 2010).

Também os **fatores dos profissionais**, tais como a sensibilidade, empatia, conhecimentos, atitudes, pensamentos, crenças, percepção e atribuição de significado às

experiências de dor, disposição para a ação de avaliação e controlo da dor, influenciam a resposta da criança à dor.

1.5. O desenvolvimento da criança e a dor

Desde o nascimento até à adolescência existem largas variações na responsividade individual à dor, o que representa um grande desafio na avaliação adequada da dor. Conhecer os indicadores de dor em cada fase do desenvolvimento infantil pode ajudar a ultrapassar esta dificuldade, tendo presente que à medida que a criança cresce estas respostas vão sendo transformadas pelas diferentes influências do meio, referidas no ponto anterior (Barros, 2003).

Há algum tempo atrás, acreditava-se que os RN não sentiam dor nem tinham capacidade de recordar as experiências dolorosas, dada a imaturidade do seu sistema nervoso central. O atual conhecimento científico revela que os RN possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os RNPT, e que as estruturas necessárias à nociceção estão presentes e funcionais entre o 1º e o 2º trimestre de gestação (Linhares e Doca, 2010). Fernandes (2007) acrescenta que o RNPT pode, inclusivamente, experimentar uma dor mais intensa devido à imaturidade do seu sistema de controlo endógeno. Quanto à memorização da experiência dolorosa, Batalha (2010) defende que o lactente a partir dos 3-6 meses já possui esta capacidade.

Identificar a dor em **RN e lactentes** (0 a 12 meses) representa um verdadeiro desafio para profissionais de saúde e cuidadores na tentativa de interpretação do comportamento angustiante dos bebés que pode representar dor, fome, frio, medo ou uma série de outras perceções ou emoções. Na criança pré-verbal, a identificação da dor só é possível com recurso a medidas fisiológicas e/ou comportamentais, tornando-se essa avaliação mais pessoal e subjetiva (Pawar e Garten, 2010; Batalha, 2010).

A expressão facial tem sido apontada como a medida mais útil e específica de dor nesta fase do desenvolvimento, evidenciando sinais faciais típicos de dor, nomeadamente: sulcos acima e entre as sobrancelhas, olhos fechados, compressão da fenda palpebral, fossas nasais largas e salientes, sulco nasolabial, tremor do queixo, contratura e abertura da boca, língua tensa ou protusa, face cianosada, choro intenso e lágrimas (Pawar e Garten, 2010; Batalha, 2010) (anexo I). Na presença de dor, a expressão corporal em RN e lactentes caracteriza-se por: movimentos bruscos dos membros com flexão/extensão rápida ou

membros fixos em extensão, hipertonia e mãos cerradas em punho, prostração (motricidade pobre com movimentos pouco amplos) e atitude antiálgica.

A nível comportamental, verificam-se alterações no ciclo sono/vigília (sono agitado, com despertar frequente), anorexia, indiferença, irritabilidade e consolabilidade difícil, inquietação no contacto, fraca interação, prostração e sucção contínua e aflitiva somente interrompida pelo choro. A nível físico, o RN com dor pode apresentar cianose, palidez, polipneia, taqui ou bradicardia e hipertensão arterial (Batalha, 2010).

De acordo com Powell, Downing, Ddungu e Mwangi-Powell (2010), o envolvimento da família é indispensável no reconhecimento da dor, visto que é quem melhor pode indicar os padrões de comportamento habituais da criança, de forma a identificarem-se desvios. É essencial ter presente que o comportamento não é necessariamente um indicador exato da intensidade da dor e que a ausência de respostas comportamentais da criança nem sempre indica a ausência de dor. Reconhecer a individualidade cada criança é fundamental.

É de salientar que no caso dos RNPT a expressão da dor não é tão impetuosa, caracterizando-se pela imaturidade das respostas comportamentais, particularmente: choro menos vigoroso, caretas mais suaves, hipotonia e postura sem reação. Em contrapartida, apresentam respostas fisiológicas à dor mais marcadas (Batalha, 2010; Fernandes, 2007).

De acordo com Batalha (2010), durante a **primeira infância** (1 aos- 3A), as crianças têm um conceito da imagem corporal muito pouco desenvolvido, especialmente no que se refere aos limites corporais. Por essa razão, todos os procedimentos efetuados às crianças nesta etapa de desenvolvimento, mesmo os não invasivos (ex.: observação da garganta, auscultação) são excessivamente ansio génicos, podendo gerar uma resposta idêntica àquela que seria incitada por um procedimento invasivo realmente doloroso.

Nesta fase do desenvolvimento, os comportamentos mais frequentes são: choro intenso, grito, expressão facial de raiva, caretas, cerrar os lábios e os dentes, balançar, arregalar os olhos, agitação, agressividade verbal e física (morder, bater ou fugir), comportamento regressivo ou de afastamento, proteção da zona dolorosa, adoção de posição antiálgica e imobilidade. Na criança que faz birra, Barros (2003) refere que é importante saber distinguir entre aquela que é apenas uma chamada de atenção, uma vez que está habituada à cedência dos adultos perante este tipo de atitude, e a birra da criança que está aterrorizada de medo face a uma situação que não compreende nem controla. É de salientar que nem sempre o comportamento da criança nesta idade é claramente identificável, sendo importante estar

atento à criança que diminui a sua atividade espontânea, evita situações de jogo ou vê modificados os seus padrões de sono, alimentação e as atividades quotidianas que incluem mover-se e brincar (Batalha, 2010; Powell et al, 2010; Barros, 2003).

Em média a partir dos 18 meses, as crianças conseguem sinalizar verbalmente a dor e aos 24 meses começam a descrever a dor usando uma linguagem simples, embora ainda não tenham capacidade para a quantificar (Batalha, 2010). Powell et al (2010) refere que o recurso a desenhos ou jogos pode ser útil na identificação da dor, proporcionando à criança meios não-verbais de expressar sentimentos e pensamentos.

Na **idade pré-escolar** (4 aos 6A), os conflitos psicosssexuais tornam as crianças muito vulneráveis às ameaças do dano corporal. A mutilação e a castração representam os principais medos nesta fase do desenvolvimento. Estes medos interferem negativamente na compreensão dos procedimentos, particularmente naqueles relacionados com os genitais (ex.: correção cirúrgica de hipospadias, algaliação, ...) (Batalha, 2010).

As crianças pré-escolares, ao manterem os conceitos de integridade corporal pouco desenvolvidos, sem noção dos limites do corpo, percecionam os procedimentos dolorosos e não dolorosos como ameaçadores. O simples retirar da agulha após uma punção venosa ou o facto de não colocar penso no local de punção pode ser sentido pela criança como algo muito ameaçador, uma vez que a criança receia que o sangue saia todo por aquele orifício. Nesta idade, a criança não compreende o porquê dos pais não poderem acabar com o seu sofrimento, e a sua separação intensifica a experiência dolorosa (Batalha, 2010).

A criança a partir dos 4A pode verbalizar a sua dor, descrevendo-a em termos de localização, sensações físicas desagradáveis e intensidade, encarar a dor como um castigo, agitar braços e pernas, tentar afastar o estímulo doloroso antes que ele seja aplicado, necessitar de contenção física, tornar-se mais dependente dos pais e agarrar-se a eles, solicitar suporte emocional (p. ex. abraços, beijos) e entender que pode obter ganhos secundários associados à dor (Powell et al, 2010).

Atingindo o **período escolar** (6 aos 12 A) a criança começa a desenvolver o pensamento operacional e concreto e as suas competências verbais e cognitivas tornam-se mais apuradas. As manifestações face à dor e medo, como chorar e gritar, tendem a atenuar-se, uma vez que a criança começa a ter noção de doença física e o seu medo centra-se agora nas suas consequências, tais como: risco dos tratamentos, recuperação incerta, incapacidade permanente secundária à doença e perda de função ou possível morte (Batalha, 2010). Nesta

fase, as crianças tendem a exibir comportamentos de adiamento e a negar a presença de dor por terem receio do seu tratamento; começam a compreender a noção de causa-efeito e são mais curiosas acerca do seu corpo e da sua saúde, o que favorece as explicações fornecidas pelos enfermeiros e o seu envolvimento nos cuidados, permitindo-lhes quando possível fazer escolhas relativas aos procedimentos (Powell et al, 2010).

Na **adolescência**, a doença é compreendida como uma alteração interna, podendo os conceitos sobre a fisiologia normal e o mecanismo da doença estarem completamente desadequados da realidade. Os adolescentes tendem a negar a dor na presença dos seus pares e a exibir um comportamento regressivo na presença de familiares. É frequente o desinteresse em atividades anteriormente desenvolvidas e a formulação de fantasias sobre a natureza das modificações responsáveis pela sua dor (Batalha, 2010; Powell et al, 2010).

A nível comportamental, tanto as crianças em idade escolar, como os adolescentes podem apresentar imobilidade, posição fetal, rigidez, tensão muscular, proteger ou tocar a área dolorosa e fechar os punhos. Podem ficar facilmente irritáveis, tristes, deprimidos, apresentar comportamentos agressivos, isolarem-se e sofrerem mudanças nos padrões de alimentação e sono (insónia, sono agitado, pesadelos). Quanto à expressão facial, esta é difícil de avaliar devido à aprendizagem social sobre a aceitação do comportamento doloroso (Batalha, 2010).

2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOR

De acordo com o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), a prestação de cuidados de enfermagem abrange intervenções autónomas e interdependentes. Consideram-se autónomas as intervenções realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, o que significa que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. São consideradas interdependentes as intervenções que se iniciam na prescrição efetuada por outro técnico da equipa multidisciplinar ou orientações previamente formalizadas (OE, 2012).

A prestação de cuidados de enfermagem à criança com dor e família compreende a avaliação e o controlo da dor e a documentação do resultado das intervenções realizadas (OE, 2008).

2.1. Avaliação da dor

A avaliação da dor é uma intervenção fundamental no controlo da dor na criança que fundamenta os juízos clínicos sobre as intervenções farmacológicas e não farmacológicas a desenvolver e que permite analisar a eficácia das mesmas. Constitui-se como uma intervenção multifacetada e complexa que compreende a identificação e a quantificação da experiência dolorosa. A identificação da dor de forma adequada requer conhecer a história da dor da criança, e a sua quantificação demanda a utilização de instrumentos de avaliação da intensidade da dor, apresentados posteriormente (Batalha, 2010).

A DGS (2010) considera como norma de boa prática na avaliação da dor nas crianças as seguintes orientações gerais: acreditar sempre na criança que refere dor; privilegiar a autoavaliação a partir dos 3A, sempre que possível; dar tempo à criança para expressar a sua dor; ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; dialogar com a criança (a partir dos 3A) e pais/cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; realizar a história da dor na admissão da criança ao hospital; manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança; utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento; em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

Atendendo às características específicas da avaliação da dor nas crianças, Baker e Wong sugerem a abordagem QUESTT: questionar a criança se esta falar e os pais ou tutores legais de crianças que já falem ou não (*Question*); usar escalas de avaliação da dor, se indicado (*Use*); Avaliar as alterações comportamentais e fisiológicas (*Evaluate*); garantir o envolvimento dos pais (*Secure*); considerar a causa da dor (*Take into account*); intervir e avaliar os resultados (*Take action*) (Powell et al, 2010).

2.1.1. História da dor

A história da dor permite orientar a avaliação e o controlo da dor na criança e consiste na colheita de informação sobre a dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, juntamente com a observação da criança e entrevista dos pais/pessoa significativa e/ou da criança (DGS, 2010).

Em crianças com menos de 3A, ou no caso de não ser possível obter a informação através da mesma, as perguntas devem ser dirigidas aos pais/pessoas significativas. A partir dos 3A, sempre que a condição de saúde da criança o permitir, a própria criança deve ser o principal entrevistado e os pais envolvidos quando necessário. A DGS (2010) e a OE (2008) preconizam a colheita dos seguintes dados: características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência e sintomas associados); fatores de alívio e de agravamento; uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; formas de comunicar/expressar a dor, incluindo sinais verbais e não-verbais; experiências anteriores traumatizantes e medos; habilidades e estratégias de *coping* da criança para o alívio da dor; comportamento da criança e ambiente familiar; efeitos da dor na vida diária; impacto emocional e socioeconómico.

2.1.2. Avaliação da intensidade da dor

A avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor como 5º sinal vital constituem uma norma de boa prática, indispensável ao eficaz controlo da dor (DGS, 2008). A avaliação da intensidade da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, considerando o tipo de dor, a idade da criança e a situação clínica (DGS, 2010).

Para uma avaliação exata da intensidade da dor, é condição necessária que a escala usada apresente as seguintes propriedades psicométricas: validade (medir a dor e não outra coisa), fiabilidade (precisão na medição com o passar do tempo e entre avaliadores), sensibilidade (capacidade de diferenciar os verdadeiros estados de dor), especificidade (capacidade de diferenciar os verdadeiros estados de não dor), reprodutibilidade (concordância entre avaliadores) e utilidade clínica (facilidade de utilização, tempo de preenchimento, custos, aceitação, disponibilidade, vantagens para o tratamento) (Batalha, 2010; Mendes, 2011).

Os instrumentos disponíveis para avaliar a dor na criança compreendem escalas de autoavaliação e de heteroavaliação (anexo II). De acordo com a idade, a DGS (2010) recomenda a utilização das seguintes escalas:

- **RN (Recém-nascidos)** – EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*); NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*); PIPP (*Premature Infant Pain Profile*).
- **Menores de 4A ou crianças sem capacidade de verbalizar** – FLACC;
- **Entre 4 e 6A:** FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), a partir dos 4 anos; escala de faces de *Wong-Baker*, a partir dos 3 anos.
- **Crianças com multideficiência (4 aos 18A):** em crianças com paralisia cerebral, síndromes genéticas, autismo e défices de desenvolvimento psico-motor sem diagnóstico preciso, com comportamentos inespecíficos de dor devido às suas limitações cognitivas e neuromusculares, a escala comportamental mais apropriada é a *FLACC-Revised* (Batalha e Mendes, 2013).
- **A partir de 6A** – EVA (Escala Visual Analógica), EN, FPS-R e escala de faces de *Wong-Baker* (por ordem de prioridade).

Avaliar um fenómeno subjetivo como a dor requer uma valorização da percepção de quem a vivencia, por isso a autoavaliação é o modelo de ouro (Batalha, 2010). Prevê-se que sempre que o desenvolvimento da criança e a sua condição de saúde o permitir, seja dada a oportunidade à criança para descrever a sua própria dor através do autorrelato. Existe evidência científica de que a partir dos 3A a criança tem capacidade para expressar e identificar a dor com precisão caso lhe seja proporcionado um instrumento adequado, como uma escala de avaliação da dor ou um desenho representativo de uma situação dolorosa. A partir desta idade, a criança é capaz de localizar a dor no seu corpo ou diagrama corporal e de fazer um desenho que ilustre a sua percepção da dor (Pawar e Garten, 2010) (anexo III).

A avaliação da dor deve ser efetuada com a mesma frequência de avaliação dos restantes sinais vitais, recomendando-se que seja avaliada nos seguintes momentos: pelo menos uma vez a cada 8h ou a cada 4 ou 6h de acordo com a situação clínica da criança, após um procedimento doloroso, perante a presença de sinais sugestivos de dor intensa ou alteração dos sinais vitais, e para avaliar a eficácia das intervenções realizadas (Batalha, 2010).

Considerando uma escala de 0 a 10, a dor é classificada em “sem dor” (intensidade 0), dor ligeira (intensidade 1 ou 2); dor moderada (intensidade 3, 4 ou 5); dor intensa (intensidade 6, 7 ou 8) e dor máxima (9 ou 10) (DGS, 2003). Assume-se como critério de qualidade de cuidados, determinante de um tratamento adequado da dor, que a intensidade da mesma se mantenha inferior a 3 (dor ligeira). Esta pontuação de dor constitui a fronteira a partir da qual está indicada a adoção de intervenções farmacológicas, abordadas mais adiante (DGS, 2007).

A experiência dolorosa é um evento muito abrangente, não se resumindo apenas à intensidade da dor. As características da dor também devem ser avaliadas, incluindo a evolução (duração e padrão), localização, irradiação e qualidade (OE, 2008).

Deste modo, a avaliação adequada da dor na criança exige a conjugação de várias medidas: o questionamento da criança e pessoas significativas, a utilização de uma escala de avaliação da dor apropriada a cada criança, a observação dos indicadores comportamentais e a avaliação dos indicadores fisiológicos de dor.

De acordo com a DGS (2010), a avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, contribuir para objetivar este fenómeno que é naturalmente subjetivo, uniformizar a linguagem e a tomada de decisões no seio da equipa de saúde, personalizar o seu controlo, assim como avaliar a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil.

2.2. Controlo da dor

O controlo da dor constitui-se como um processo dinâmico de medidas coordenadas, que tem por objetivo prevenir, aliviar e tratar a dor, abrangendo intervenções farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2013). É considerado um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados e, como tal, deve ser integrado nas agências de acreditação dos serviços de saúde (Batalha, 2010).

2.2.1. Intervenções farmacológicas

As intervenções farmacológicas no controlo da dor referem-se a funções interdependentes, de complementaridade, e iniciam-se na prescrição efetuada pelo médico. Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de preparar e administrar a terapêutica prescrita, decidir quando administrar, se prescrita em SOS (*save our souls*), avaliar e comunicar a sua eficácia, monitorizar e controlar os efeitos secundários, desempenhar um papel educativo junto das crianças e pais e colaborar na revisão terapêutica, consoante a avaliação contínua da dor e resposta ao tratamento (Batalha, 2010; Kraychete e Wanderley, 2011).

Os fármacos prescritos compreendem analgésicos e sedativos, tendo como finalidade terapêutica a prevenção da dor. Kraychete e Wanderley (2011) reforçam que a dor deve ser tratada profilaticamente, quer no pós-operatório quer em procedimentos médicos. O objetivo é aliviar a dor da criança, obter estabilidade fisiológica e diminuir a ansiedade e as consequências fisiológicas negativas (DGS, 2012; Batalha, 2010).

Os fármacos utilizados no controlo da dor em pediatria compreendem: não opióides (paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides), opióides fracos (ex.: tramadol, codeína, buprenorfina) e fortes (ex.: morfina, fentanilo), sedativos (ex.: midazolam, diazepam, hidrato de cloral), adjuvantes (diuréticos, anti-histamínicos, antieméticos, antiácidos, corticoides, antidepressivos, anti convulsivantes, antipsicóticos e outros), anestésicos locais (ex.: EMLA[®], cloreto de etilo, lidocaína a 1% tamponada) e outros fármacos como a MEOPA (Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto) (Batalha, 2010; DGS, 2012). De acordo com o seu modo de ação e/ou capacidade analgésica, os fármacos analgésicos podem classificar-se em três degraus: Degrau I “Não opióides”, Degrau II “Opióides fracos” e Degrau III “Opióides fortes” (Batalha, 2010).

De acordo com a WHO (2012), para um eficaz controlo farmacológico da dor é imprescindível respeitar os seguintes princípios gerais:

- O tratamento farmacológico depende da intensidade da dor sentida pela criança: dor ligeira – analgésico de grau I; dor moderada – analgésico de grau I ou II; dor intensa – analgésico de grau II ou III e dor máxima – analgésico de grau III (Batalha, 2010);
- Controlar a dor em intervalos regulares (“pelo relógio” e não numa base de “quando necessário”) – os analgésicos devem ser prescritos em doses terapêuticas e em horários fixos

(intervalos regulares entre as doses) e ajustados de acordo com a intensidade da dor (WHO, 2012, p.40; Kraychete e Wanderley, 2011);

- Controlar a dor pela via de administração adequada – a administração de analgésicos deve ser feita da forma mais simples, eficaz e o menos dolorosa possível. Assim, privilegiam-se as vias de administração menos invasivas, nomeadamente: oral, intranasal, transmucosa, inalatória e tópica e evitam-se as vias intramuscular (via dolorosa) e retal (biodisponibilidade não fiável). Quando a via oral não está disponível, a escolha da via baseia-se na situação clínica, disponibilidade e preferência da criança e família. Quando a dor já está instalada, estando disponível via endovenosa, deve optar-se por esta, devido ao seu rápido efeito analgésico relativamente a outras vias de administração (DGS, 2012; WHO, 2012).

- Individualizar a dose de analgésico em função da sua eficácia – a dose eficaz é aquela que alivia eficazmente a dor sem produzir efeitos secundários indesejáveis. No caso dos analgésicos não opióides as doses são calculadas em função do peso da criança, a fim de evitar toxicidade grave, sem que as doses iniciais excedam as máximas recomendadas e as seguintes sejam alteradas em função da intensidade da dor residual. É de considerar ainda as condições que influenciam a metabolização dos fármacos (desnutrição e a administração de outros fármacos). No caso dos opióides, que não possuem “efeito de teto” e, portanto, não estão definidas doses máximas, a dose ideal é atingida quando se obtém uma boa resposta analgésica e os efeitos secundários são toleráveis (Batalha, 2010; WHO, 2012).

2.2.2. Intervenções não farmacológicas

Para além de um amplo conhecimento dos analgésicos disponíveis no mercado e dos seus critérios de administração, cuidar da criança e jovem com dor prescreve uma consciência perfeita e profunda das intervenções não farmacológicas no controlo da dor. Estas intervenções podem ser utilizadas isoladamente ou como complemento das intervenções farmacológicas e constituem um recurso fundamental no controlo da dor da criança associada a cirurgia e a procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, presentes nas situações de hospitalização. Apesar de não substituírem os analgésicos, a sua eficácia está descrita no alívio da dor ligeira a moderada (MCEESCJ, 2013; Batalha, 2010).

A eficácia destas intervenções relaciona-se com o facto de muitas delas transformarem o significado que a criança atribui à dor, através de uma reestruturação cognitiva, modificando as cognições responsáveis pelas emoções de medo e ansiedade que

dificultam a avaliação da dor e a tomada de decisão quanto à intervenção (Linhares e Doca, 2010).

A necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos, muitas vezes de natureza desconhecida para a criança, potencializa emoções negativas como a ansiedade e o medo. De acordo com a CIPE (Classificação Internacional para a Prática dos Enfermeiros), a ansiedade caracteriza-se por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia e o medo refere-se ainda a uma perturbação de causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhada de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir (OE, 2011). Num contexto de dúvida e incerteza, a imaginação das crianças leva-as a fantasiar e a distorcer o que supõem ser o procedimento, num ciclo progressivamente mais difícil de quebrar, podendo provocar a perda do autocontrolo (MSEESCJ, 2011; Santos, 2011).

As intervenções não farmacológicas no controlo da dor ajudam a criança e jovem a lidar com a dor, a ansiedade e o medo, sendo planeadas no sentido do autocontrolo. De acordo com a CIPE, o autocontrolo refere-se às disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção, particularmente no controlo da dor, para se conservar ativo, manejar as suas próprias necessidades básicas e íntimas e as atividades diárias (OE, 2011).

As intervenções não farmacológicas para o alívio da dor assentam na metodologia da **brincadeira lúdica e terapêutica**. Através do brincar a criança expressa os seus medos, emoções, desejos e experiências vividas, assumindo o controlo das situações que a assustam (CMEESIP, 2013). O Direito da Criança de Brincar é um meio privilegiado de expressão, sendo oficialmente reconhecido a nível internacional:

- Princípio 7.º da Declaração dos Direitos da Criança (1959) – “A criança deve ter plena oportunidade para brincar e para se dedicar a atividades recreativas (...) a sociedade e as autoridades públicas deverão esforçar-se por promover o gozo destes direitos.”
- Declaração do Direito da Criança de Brincar da Associação Internacional do Brincar (1977) – “A brincadeira é essencial para a saúde física e mental da criança, devendo constituir-se como parte integrante de todos os ambientes infantis, inclusive hospitais.”
- Art.º 31 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989, p.22) – “A criança tem direito ao repouso, a tempos livres e a participar em atividades culturais e artísticas.”

A **brincadeira lúdica** constitui uma estratégia de comunicação terapêutica formada por diferentes técnicas que favorecem a transmissão de informações verdadeiras em

linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança. Esta metodologia envolve atividades estruturadas com regras específicas, orientadas por um profissional. O objetivo é reduzir a ansiedade e o medo associados aos procedimentos invasivos e cirurgia, promovendo o bem-estar da criança (Aflafo, 2004; Ferland, 2006). Para Santos (2011), brincar com recurso a objetos lúdicos representativos de um procedimento terapêutico ou de diagnóstico ou de uma doença, reforçam a compreensão das explicações orais fornecidas pela equipa de saúde, ao proporcionar à criança um conjunto de experiências sensoriais bastante ricas, que incluem: ver, tocar, manusear, cheirar e não apenas ouvir. Este tipo de abordagem transforma a informação do mundo real para o jogo simbólico, mais compreensível para a criança. Importa distinguir brincadeira lúdica e brincadeira livre. Na **brincadeira livre** a criança decide sem indicações o que fazer com os objetos, favorecendo a imaginação, a fantasia e a criatividade. O objetivo central é o prazer e a distração, caracterizando-se pela participação espontânea da criança (Costa, Lima e Ferrari, 2012).

Existem diversos tipos de intervenções não farmacológicas no controlo da dor a oferecer à criança e jovem. Na sua seleção é necessário considerar: o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências e habilidades, a sensibilidade à dor, o contexto envolvente (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico), as estratégias de *coping*, o tipo e características da dor (Batalha, 2010).

Intervenções não farmacológicas em RN

As intervenções não farmacológicas têm sido recomendadas para o controlo da dor aguda em RN submetidos a experiências dolorosas em contexto hospitalar (Linhares e Doca, 2010). De acordo com a MCEESCJ (2013), as estratégias consideradas mais eficazes incluem:

- Controlo da incidência de luzes fortes sobre o RN;
- Redução do ruído ambiente na unidade de cuidados associado ao equipamento e à equipa de saúde;
- Preservação dos períodos de sono e repouso, com estabelecimento do ciclo dia-noite;
- A concentração de manipulações, agrupando os cuidados a realizar;
- Posicionamento e contenção reconfortante para o RN (p. ex. posição fetal/curvada e contenção em “ninho”);

- O contacto pele com pele dos pais com o RN parece ter efeitos positivos na resposta comportamental e fisiológica à dor em RN de termo;
- A amamentação apresenta efeitos positivos no alívio da dor do RN e, quando comparado com o contacto pele com pele isoladamente, reduz o tempo de choro (Okan, Ozdil, Bulbul, Yapici & Nuhoglu, 2010);
- O leite materno só por si, para além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também promove o alívio da dor (Linhares e Doca, 2010);
- O uso de substâncias adocicadas por via oral (sacarose a 24% ou solução glicosada) diminui o tempo de choro e está associado a expressão facial de tranquilidade (Reis, 2009). É recomendado pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em RN internados em UCIN durante procedimentos dolorosos. É considerado eficaz e seguro pelo *International Evidence-Based Group of Neonatal Pain*;
- A sucção não nutritiva – o uso de chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN; revela-se eficaz quando combinada com movimentos ritmados de sucção;
- O método canguru – reduz a duração do choro, a atividade comportamental e a frequência cardíaca do RN (Linhares e Doca, 2010).

Intervenções não farmacológicas nas crianças e jovens

A. Métodos físicos

Os métodos físicos incluem a aplicação de calor e de frio; o toque terapêutico, a massagem, o posicionamento e a estimulação elétrica nervosa transcutânea (Batalha, 2010).

A **aplicação de calor** na zona dolorosa promove a circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos de degradação metabólica que desencadeiam o processo nociceptivo, sendo eficaz em crianças com mialgias, p. ex. A **aplicação de frio** local tem efeito anti-inflamatório, com prevenção ou redução do edema e consequente alívio da pressão exercida nas terminações nervosas e retarda a transmissão dos impulsos nervosos. Pode ser utilizada em crianças a partir do primeiro ano de idade.

O **toque terapêutico** é uma das formas mais importantes de comunicação não-verbal atuando ao nível da pele e permitindo o fluir das emoções, tornando o corpo mais recetivo às

sensações agradáveis (p.ex. toque da borboleta, *palming* e terapia do TAC-TIC (*Touching and Caressing; Tender In Caring*)).

A **massagem** promove a circulação sanguínea e o relaxamento muscular, produzindo uma sensação de conforto e afeto, aliviando a tensão (Graner, Junior e Rolim, 2010). Pode ser aplicado na área dolorosa, ou não, e o seu efeito está associado à remoção dos produtos de degradação celular e à estimulação das fibras aferentes condutoras do estímulo nociceptivo. Está indicada em crianças com dor músculo-esquelética e em crianças queimadas, no entanto pode estar contraindicado em RNPT com menos de 32 semanas de gestação, lactentes com displasia bronco pulmonar e com alterações cardíacas (Batalha, 2010). A massagem *shantala* é um tipo de massagem com ação analgésica passível de ser usada em lactentes.

O **posicionamento** refere-se às mudanças de posição de forma a promover o conforto do RN, criança e jovem.

A **estimulação elétrica nervosa transcutânea** consiste numa fonte de energia elétrica que, através de dois ou quatro eletrodos, transmite estímulos elétricos à pele, na área da lesão ou dor, ao longo do trajeto nervoso. O mecanismo de ação pode ser compreendido com base na teoria do portão, já descrita anteriormente. A ação analgésica também pode ser explicada pela produção de endorfinas induzida por esta técnica (Batalha, 2010).

B. Intervenções cognitivas

As intervenções cognitivas envolvem métodos mentais para lidar com a dor. São exemplos: o fornecimento de informação antecipatória, distração, autorrelato positivo, paragem de pensamento, imaginação guiada e simulação ou modelação.

O **fornecimento de informação antecipatória** acerca do procedimento doloroso ou cirúrgico a realizar é um dever dos enfermeiros e um direito da criança e sua família. Pode ser de dois tipos: sensorial (descrição das sensações que provavelmente vai experienciar: barulhos, odores, frio, “formigueiro”) ou de procedimento (descrição das fases do procedimento doloroso ou cirúrgico). A informação deve ser transmitida de forma simples, clara, honesta e adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança e ao nível de compreensão da família (Barros, 2003). Jacob (2014) refere que a preparação prévia da criança para o procedimento potencialmente doloroso não deve enraizar a ideia de dor, evitando descritores associados à dor. Barros (2003, p. 115) acrescenta que “sobretudo nas

crianças mais novas a linguagem pode ter um poder de sugestão extremamente ativo”, pelo que uma experiência anunciada como “sentir calor”, “beliscar”, “furar” será muito menos assustadora daquela que é referida como “picar”, “cortar” ou “tirar sangue”.

Em crianças com idade inferior a 7A, a explicação deve coincidir com o momento em que é realizado o procedimento, visto que até esta idade, geralmente, as crianças não retêm a informação por mais de uma hora. O brincar, o desenhar, o conto de histórias, a visualização de vídeos e a manipulação do equipamento são métodos valiosos para a compreensão da informação pelas crianças, permitindo-lhes desenvolver expectativas realistas (MCEESIP, 2013). O facto de não necessitar de ser individualizada, torna a informação antecipatória mais fácil de implementar (Batalha, 2010).

A **técnica de distração** envolve um conjunto de estratégias cognitivas que visam desviar a atenção da criança e jovem da dor ou procedimento doloroso em causa, proporcionando-lhes prazer. A sua eficácia prende-se com o facto de ser difícil prestar atenção a dois estímulos diferentes em simultâneo (à dor e à fonte de distração) levando à diminuição da experiência consciente da dor (Broering e Crepaldi, 2008). As estratégias de distração podem incluir atividades de brincadeira livre ou de brincadeira lúdica (MCEESIP, 2011a).

Em crianças até aos 2A, a música, canções, a linguagem teatral e a exibição de objetos que despertem o interesse da criança (por exemplo: brinquedo que chia, com cores fortes e brilhantes e com movimento) costumam ser eficazes. A leitura, o conto de histórias, jogos simples (por exemplo: puzzles), as bolas de sabão podem distrair crianças entre 2 e 5A. A partir dos 6A, as crianças podem ser ocupadas com jogos, música, televisão e conto de histórias. Crianças mais velhas podem desviar a sua atenção através da conversa sobre diversos temas, como por exemplo: escola, filmes, jogos, música, entre outros. São particularmente indicadas para procedimentos dolorosos de curta duração ou enquanto se aguarda o efeito analgésico. Atente-se que em caso de dor forte ou de concentração difícil são necessárias medidas farmacológicas adicionais (Batalha, 2010; MCEESIP, 2013).

O **autorrelato positivo** resume-se a ensinar a criança a fazer afirmações positivas quando sente dor (exemplo: em breve vou-me sentir melhor”; “quando eu voltar para casa, vou sentir-me melhor e vamos comer gelados”).

A técnica de **paragem de pensamento** consiste em ajudar a criança a identificar factos positivos sobre o acontecimento que provoca medo e/ou dor (exemplo: “isto não

demora muito”); identificar informação tranquilizadora (exemplo: “se eu pensar noutra coisa não dói tanto”); condensar os factos positivos e reconfortantes num conjunto de afirmações breves e pedir à criança para as memorizar (exemplo: o procedimento é rápido, tenho boas veias, a enfermeira é simpática, vou embora para casa”); incentivar a verbalização destas autoafirmações sempre que pensar ou experienciar o acontecimento doloroso (Jacob, 2014). Estas duas últimas estratégias cognitivas resultam ainda melhor quando combinadas com a técnica de relaxamento (OE, 2011).

A técnica de **imaginação guiada** consiste em levar a criança a concentrar-se numa imagem mental agradável que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas (DGS, 2012). Esta técnica é útil em crianças a partir dos 4A como forma de alívio da ansiedade. Pode pedir-se à criança para identificar uma experiência, real ou imaginária, muito agradável, solicitando que descreva detalhes de um acontecimento, incluindo todas as sensações possíveis. Por exemplo: “Sinto a brisa fresca e a areia molhada quando passeio na praia”; “A minha pizza favorita sabe a...”; imaginar um boneco favorito ou super-herói que vem tirar a dor. Esta técnica requer o envolvimento ativo da criança e a sua explicação exige algum tempo para ser eficaz (MCEESIP, 2011a; Batalha, 2010).

A **simulação, modelação ou ensaio comportamental** consiste em proporcionar à criança, antes do procedimento a realizar, a observação de outra criança ou adulto a ser submetido ao mesmo procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de confronto positivo da situação (DGS, 2012). Esta técnica permite informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que a ajudem a lidar com a dor e com a ansiedade. Possibilita à criança realizar procedimentos, usando instrumentos médicos reais ou a brincar, à medida que treina estratégias de confronto da dor como, por exemplo, o teatro com antecipação da situação real (MCEESIP, 2013). Em crianças mais velhas e adolescentes a demonstração pode ser feita através de filmes (Batalha, 2010).

C. Intervenções comportamentais

As intervenções comportamentais incluem o ensino e aprendizagem de comportamentos promotores do alívio da dor, como por exemplo: o reforço positivo, a distração comportamental e o relaxamento muscular (MCEESIP, 2013).

O **reforço positivo** promove o elogio da criança ou recompensa imediatamente após o procedimento doloroso, quando utilizou estratégias positivas para o alívio da dor (MCEESIP, 2013). O objetivo desta técnica consiste em modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio para a criança (Batalha, 2010).

A **distração comportamental** refere-se à realização de atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos, que induzem a produção de endorfinas com a obtenção de sensação de relaxamento e bem-estar (Grabowski, 2006). Naturalmente a criança fica menos preocupada, reduzindo os níveis de ansiedade e o medo associado ao procedimento.

O **relaxamento muscular** prepara a criança para situações desagradáveis, nas quais se inserem as experiências dolorosas, ajudando-a a controlar a ansiedade associada ao acontecimento. Este efeito é obtido através da diminuição do metabolismo, da frequência cardíaca e respiratória e da tensão arterial, produzindo uma sensação de calma e bem-estar, facilitando o sono e diminuindo as náuseas e vômitos. Pelo cuidado individualizado à criança, o relaxamento parece reforçar a relação enfermeiro/criança, sendo considerado uma das técnicas mais eficazes no alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos em contexto hospitalar (MCEESIP, 2013; Batalha, 2010; Barnes, Bloom, e Nahin, 2008).

Existem três tipos de relaxamento: exercícios de respiração diafragmática, exercícios de relaxamento progressivo e exercícios de relaxamento ativo (apêndice II). A escolha do tipo de relaxamento depende da idade da criança, das suas preferências, da experiência do enfermeiro, bem como do tempo disponível (MCEESIP, 2013).

D. Intervenções cognitivo-comportamentais

As intervenções cognitivo-comportamentais utilizam estratégias combinadas centradas na cognição e no comportamento, já referidas anteriormente, que modificam a percepção da dor, aumentando a capacidade para lidar com ela. São eficazes em crianças mais velhas e adolescentes que tenham a capacidade de compreender a associação existente entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade (Linhares e Doca, 2010; Batalha, 2010). “Muitas vezes o uso de uma das técnicas, anteriormente referidas, ajuda a criança a acalmar antes da administração de um fármaco e a exigir doses mais baixas para sedação” (Batalha, 2010, p. 70).

E. Suporte emocional

O suporte emocional envolve a presença das pessoas significativas da criança e as medidas de conforto. A presença e a participação dos pais é fundamental nos cuidados à criança e jovem, apresentando vantagens a nível da diminuição do stress e ansiedade da criança. As intervenções de enfermagem incluem o ensino sobre presença de qualidade, que compreende medidas simples mas absolutamente determinantes. Falar, pegar ao colo, acariciar, embalar, amamentar, colocar chupeta, administrar sacarose, permitir o choro (não reprimir), colaborar na distração (cantar, contar uma história) são alguns exemplos. Em crianças mais velhas e jovens é elementar perguntar o que poderia ajudar, visto que estas adotam estratégias de *coping* particulares (Batalha, 2010).

2.3. Filosofia de Cuidados

A filosofia que deve orientar os cuidados prestados à criança e jovem com dor e sua família assenta em dois pilares fundamentais: a **parceria de cuidados** e os **cuidados não traumáticos**, que não são mais do que a filosofia que envolve o cuidado de ESCJ.

A parceria de cuidados assenta na premissa que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, valorizando o seu contributo para a prestação de cuidados. De acordo com Mano (2002), dois conceitos principais facilitam esta abordagem de parceria: os cuidados centrados na família e a negociação de cuidados. Os primeiros constituem uma forma de cuidar da criança e família dentro dos serviços de saúde que garantem que o cuidado é planeado em torno de toda a família, na qual todos os seus membros são reconhecidos como beneficiários dos cuidados. O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e o desejo de cada um. Os cuidados não traumáticos referem-se à prestação de um cuidado terapêutico com o objetivo de minimizar não só o *distress* físico, mas também o sofrimento emocional da criança e família, no respeito pelo seu harmonioso desenvolvimento (Winkelstein, 2006).

Esta filosofia de cuidados traduz-se em normas de boa prática junto da criança com dor e família. O enfermeiro que presta cuidados à criança com dor e sua família deverá ter em consideração os seguintes princípios:

- Negociar a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança;
- Informar de forma simples e precisa, considerando o desenvolvimento da criança;
- Ensinar as crianças e os pais a lidarem com os procedimentos dolorosos;
- Ser honesto com a criança (não mentir);
- Nunca evocar ou utilizar procedimentos de enfermagem como ameaça;
- Garantir o conforto da criança, não permitindo que tenha fome, durma mal, esteja mal posicionada ou demasiado exposta;
- Não permitir que sejam realizados procedimentos dolorosos no seu quarto (local de refúgio e conforto);
- Planear os cuidados de forma a manipular a criança o menor número de vezes possível;
- Permanecer junto da criança após o procedimento doloroso (Batalha, 2010).

2.4. Modelo Teórico

O modelo teórico selecionado para suportar o presente trabalho foi a Teoria do Conforto desenvolvida em 1990, por Katharine Kolcaba.

Ao longo dos últimos anos, a ESCJ tem vindo a aperfeiçoar a sua filosofia de cuidados, desenvolvendo uma visão mais holística e pró-ativa do cuidar da criança. Atualmente, a ESCJ é particularmente sensível ao envolvimento da família na prática de cuidados à criança, de forma a proporcionar as condições promotoras de um desenvolvimento global e harmonioso da criança. Neste sentido, é fundamental abandonar o conceito de que o conforto é apenas o alívio da dor física, é algo de mais complexo, positivo e dinâmico. Felizmente, a literatura pediátrica tem manifestado um interesse crescente sobre as estratégias de conforto para as crianças e suas famílias, especialmente em procedimentos invasivos, ao invés de se centrar apenas no alívio da dor (Kolcaba e DiMarco, 2005).

Kolcaba (1994, p.1178) definiu o conforto como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) que emergem de situações causadores de stress, em cuidados de saúde, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental”.

O estado de alívio refere-se à condição de uma pessoa na qual foi satisfeita uma necessidade específica. Este pressupõe a existência de um desconforto prévio, do qual a criança ou a família é aliviada, através das intervenções de enfermagem.

Por outro lado, a tranquilidade, caracterizada por um estado de calma ou contentamento, não implica que a criança ou família apresentem um desconforto anterior, não obstante, o enfermeiro pode ter consciência da predisposição da criança e família para desenvolver determinado desconforto (p. ex. o risco de exaustão familiar), gerindo os cuidados e o ambiente, de modo a prevenir desconfortos específicos, e melhorando a performance dos sujeitos envolvidos. Pode dizer-se que em situação de saúde, o corpo sente-se tranquilo. Já na condição de doença, “*dis-ease*”, esta afasta a tranquilidade, “*ease*”, sendo através da intranquilidade que se começa a tomar consciência do conforto anteriormente sentido.

Por último, a transcendência é o estado no qual a pessoa tem a capacidade de suplantar os seus problemas ou sofrimento, quando o desconforto não pode ser eliminado ou evitado. Nesta condição, a pessoa sente-se competente e com potencial para planear e tomar decisões, controlar e resolver os seus problemas. Na prática, o enfermeiro ajuda a criança e família a alcançar a transcendência ao promover o despreendimento com a preocupação da dor, incapacidade ou qualquer outra dificuldade. As intervenções de enfermagem centram-se, assim, em ajudar a criança e família a lidar com a sua nova condição (temporária ou permanente), através da adaptação do ambiente, promoção do suporte familiar e social e *empowerment* da criança e família, particularmente no controlo da dor (Kolcaba e Dimarco, 2005).

Estes três estados de conforto são então desenvolvidos em quatro contextos diferentes: físico (sensações corporais, posicionamento), psicoespiritual (autoestima, autoconceito), sociocultural (relações interpessoais, família, sociedade, situação financeira) e ambiental (local, luz, ruído,), contribuindo para uma abordagem multifacetada do cuidar (Kolcaba, 2005).

A infância por si só, já se constitui como um grupo vulnerável da população, amplamente reconhecido pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, devendo ser protegida na sua globalidade, nomeadamente em assuntos relacionados com a sua saúde. Em contexto hospitalar, a criança encontra-se numa situação de vulnerabilidade adicional, conjuntamente com a sua família, e as necessidades de conforto não podem ser

satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Assim, cabe aos enfermeiros identificar as necessidades de conforto anteriormente descritas. Neste sentido, pode afirmar-se que o conforto é um resultado holístico desejável dos cuidados de enfermagem (1994, p.1178).

Ao aplicar esta teoria à ESCJ, é fundamental considerar os seguintes pressupostos: a criança e família têm respostas holísticas perante estímulos complexos; as crianças e família esforçam-se por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto, no entanto podem necessitar da ajuda do enfermeiro; os enfermeiros identificam as necessidades de conforto da criança e família que ainda não tenham sido satisfeitas e planeiam intervenções de modo a satisfazer essas necessidades; cada criança e família apresentam diferentes níveis de conforto; a promoção do conforto é melhor do que o tratamento; se o desconforto ambiental ou a dor não podem ser prevenidos, a criança pode ser ajudada a alcançar a transcendência através de estratégias de conforto que transmitam esperança, sucesso e suporte face ao medo; os enfermeiros devem considerar a criança no seu contexto familiar; quando perante as medidas implementadas, se atinge o estado de conforto pretendido, a criança e família são incentivadas a adotar/manter comportamentos saudáveis, sendo natural que ao sentirem-se mais fortalecidas os mantenham.

A satisfação dos enfermeiros, com a avaliação dos cuidados, e dos clientes, perante a satisfação das suas necessidades de conforto e saúde, contribui para a conservação das normas de boa prática nas instituições de saúde (Kolcaba, 2005).

CAPÍTULO III

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

Finalizado o capítulo II e toda a teoria que este encerra, segue-se o presente capítulo, no qual pretendo explicitar as experiências desenvolvidas ao longo do estágio.

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61). Desta forma se compreende a importância da experiência para nos tornarmos peritos numa determinada área, pois só aplicando a teoria a situações reais vivenciadas é que aprendemos a saber saber (conhecimentos), a saber ser/estar (comportamentos, atitudes, valores) e a saber fazer (habilidades técnicas). O termo “competência” abrange este conjunto de saberes, indo mais além ao pressupor a capacidade de os mobilizar e conjugar num determinado contexto profissional, respondendo adequadamente a situações novas e complexas.

Este capítulo encontra-se dividido em 6 subcapítulos que correspondem aos campos de estágio onde desenvolvi as atividades planeadas que me possibilitaram atingir os objetivos previamente definidos (apêndice III).

1.1. Consulta Externa de Pediatria

Iniciei o meu percurso formativo numa CEP, entre 7 de outubro e 1 de novembro de 2013. No dia 11 de outubro tive a oportunidade estar presente no IV Encontro de Benchmarking promovido pela MCEESIP (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) da OE (anexo IV). Em apêndice apresento uma breve reflexão sobre os contributos deste evento para a minha formação enquanto EESCJ (apêndice IV).

Ao longo das 4 semanas de estágio, as atividades desenvolveram-se sobretudo na área da cirurgia pediátrica, mais particularmente na preparação da criança, jovem e família para a cirurgia, sala de pensos e sala de gessos.

Previamente à prestação de cuidados de enfermagem junto da criança, jovem e família revi e atualizei a pesquisa bibliográfica efetuada na fase de projeto, tomando como referenciais os guias orientadores de boa prática de ESCJ: “Diminuir o medo da cirurgia” e “Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança”, desenvolvidos pela MCESIP. Consultei e analisei procedimentos multisectoriais, manuais, protocolos e folhetos informativos em vigor na CEP, nomeadamente: “Procedimento multisectorial – Avaliação da dor enquanto 5º Sinal Vital”, manual de procedimentos “Atendimento de enfermagem na consulta de anestesia – preparação da criança, jovem e família para a cirurgia” e protocolos do EMLA® e da sucrose oral. Estes documentos proporcionaram-me uma base sólida de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito de uma prática de enfermagem especializada. O EESCJ “procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (Regulamento n.º 123/2011, D.R II Série, 2011, p. 8655).

No âmbito do atendimento de enfermagem na consulta de anestesia, observei e colaborei na preparação da criança, jovem e família para a cirurgia. De acordo com Broering e Crepaldi (2008), a hospitalização e a cirurgia representam situações de ansiedade, stress e medo para a criança e família. As causas identificadas são: a separação do ambiente familiar, a quebra das rotinas, o contacto com inúmeras pessoas desconhecidas, a presença de equipamento assustador, a necessidade de realizar procedimentos invasivos que provocam desconforto e dor e a dificuldade em experimentar uma sensação constante de controlo sobre os acontecimentos. Conhecendo estes fatores e considerando a idade da criança, o desenvolvimento psicomotor, as reações emocionais e as suas experiências anteriores, o EESCJ, no âmbito desta consulta, desenvolve intervenções autónomas no sentido de dotar as crianças de mecanismos de adaptação, de forma a promover o desenvolvimento de competências que permitam um maior controlo sobre a realidade (Bandola, Faleiro e Monteiro, 2013).

A partir dos 5A, a preparação para a cirurgia é dirigida à própria criança, com a participação dos pais, recorrendo-se, p. ex. à leitura de histórias (“A Anita no Hospital”; “O Diogo vai ser operado”), à visualização de fotos sobre o circuito peri-operatório (“A caminho da Operação”) e à dramatização da situação real e jogos (p. ex. *Playmobil* no bloco operatório

e enfermaria). Foi muito interessante verificar na prática que o brincar, para além da vertente de distração, constitui uma excelente método de comunicação com a criança, revelando-se uma técnica efetiva na relação com a mesma. Para Glasper e Richardson (2005), a brincadeira terapêutica centra-se no que a criança se encontra a viver ou experimentou anteriormente e serve-se da brincadeira para partilhar a informação em ambos os sentidos: do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro.

Foi curioso observar que expondo os materiais hospitalares diante de uma criança com 4A ou até menos, esta demonstra interesse pelos mesmos, tomando a iniciativa para lhes tocar e perguntar o que é e para que serve, o que favorece a relação com a criança e as explicações fornecidas.

De acordo com a MCEIP (2011), a partir dos 9 meses já é possível fazer alguma preparação ao lactente e *toddler*, nomeadamente promover o contacto e a manipulação de material hospitalar de tamanho real a utilizar nos procedimentos a que a criança vai ser submetida (máscara, touca, compressa, penso, sistema de soro). Ao descobrir um pouco mais sobre o mundo hospitalar, a criança conhece melhor o que vai encontrar no dia da cirurgia, antecipando-se à situação real, e tem a oportunidade de se familiarizar tranquilamente com o material hospitalar, o que num procedimento real poderia ser sentido como ameaçador.

Desta forma, foi possível desenvolver habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem, com o objetivo terapêutico de fornecer informação antecipatória, reduzindo a ansiedade e o medo e aumentando a sensação de autocontrolo sobre a situação. O EESCJ, utilizando a metodologia do brincar, “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e jovem” e “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8655).

No âmbito do fornecimento de informação antecipatória e no sentido de planear mentalmente a entrevista realizada à criança e família, elaborei um documento com os temas a abordar junto da criança e família (apêndice V). Este documento foi bastante útil para o desenvolvimento do estágio e também para o meu contexto profissional. No serviço em que presto cuidados, o internamento da criança é, habitualmente, feito no próprio dia da cirurgia, pelo que o tempo de preparação da criança e família é muito reduzido, sendo necessário aproveitá-lo da melhor forma para que a criança e a família possam compreender, de modo sucinto, o que vai acontecer e o porquê. Assim, o documento que elaborei permitiu-me

estruturar a informação a fornecer à criança, jovem e família, que pela minha prática verifico que corresponde às principais dúvidas e fontes de ansiedade apresentadas pelos mesmos.

Analisar a colheita de dados sobre a história da dor constituiu uma das principais atividades que desenvolvi, uma vez que pretendo implementar a história da dor no meu local de trabalho. Na CEP, a história da dor efetua-se de forma sistemática, com informações obtidas através dos pais/ pessoas significativas e/ ou da criança, dependendo da sua idade e condição de saúde. A informação recolhida é registada no processo clínico da criança, o que permitirá a continuidade dos cuidados em outros serviços, e é realizado o treino da escala de autoavaliação da intensidade da dor. Batalha (2010) defende que deve haver um ensino prévio à criança sobre a aplicação da escala de autoavaliação numa situação reconhecidamente de não dor ou *stress*. O treino das escalas de autoavaliação permite que a criança conheça antecipadamente o funcionamento da escala que será utilizada no internamento em situações de maior ansiedade, *stress* e dor, favorecendo a quantificação exata da dor e contribuindo para a qualidade dos cuidados.

A história da dor é parte integrante da avaliação inicial da criança. Na consulta de preparação para a cirurgia, a avaliação inicial realiza-se em todas as consultas de primeira vez, procedendo-se à avaliação das atividades de vida da criança tendo por base o modelo teórico de *Nancy Rooper*. Da minha observação da prática de cuidados na consulta de preparação para a cirurgia, resultou um guião de observação que foi útil para o estágio e também para o meu contexto de trabalho, visto que me auxilia no planeamento das questões a dirigir à criança e família no momento do acolhimento (apêndice VI).

No âmbito da avaliação da intensidade da dor, tive oportunidade de observar e treinar a aplicação de escalas de hetero e autoavaliação da intensidade da dor, designadamente: NIPS (RN \geq 24 semanas de idade gestacional até à 6ª semana), FLACC (0 – 19A), escala de faces de *Wong-Baker* (3 – 7A) e EN (> 7A) (Grupo de Trabalho Contra a Dor, 2010). Esta atividade foi bastante importante, na medida em que me permitiu familiarizar com as diferentes escalas, contribuindo ainda para o desenvolvimento de competências técnicas na avaliação da dor e de competências comunicacionais com a criança de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento.

Em relação às estratégias farmacológicas, observei e apliquei o protocolo do EMLA[®], para prevenir a dor em procedimentos de diagnóstico e tratamento. No contexto da consulta de anestesia, o EMLA[®] foi aplicado em crianças com prescrição de análises sanguíneas pré-

operatórias, existindo a preocupação de aferir esta necessidade no início da entrevista, de forma a aproveitar o tempo de consulta para obter o efeito anestésico no local a punccionar. Na sala de pensos, utilizei esta estratégia farmacológica em conjunto com outro tipo de intervenções. Em apêndice, descrevo uma situação de cuidados em que houve necessidade de conjugar estratégias farmacológicas (anestésico tópico e sedativo) e não farmacológicas para controlar a dor na criança submetida a um procedimento doloroso (apêndice VII).

Reconhecendo que é da competência do enfermeiro especialista avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 122/2011, D.R., 2.ª série, p. 8651), procedi ao levantamento e análise de alguns indicadores da qualidade definidos para este serviço, de forma a compreender a metodologia utilizada no controlo da qualidade. Na CEP está instituído avaliar a intensidade da dor e controlar a dor de todas as crianças e jovens (100%), submetidas a procedimentos dolorosos, bem como avaliar a colheita da história da dor de todas as crianças (100%) e o treino da escala de autoavaliação. Na consulta de preparação para a cirurgia, a avaliação dos cuidados de enfermagem é feita através da aplicação de um questionário de avaliação de satisfação do utente com a referida consulta, no âmbito da proposta de programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o que vai ao encontro do preconizado nos PQCEESCJ (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem): “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EESCJ” (MCEESIP, 2011b, p. 28).

No âmbito da consulta médica de queimados, prestei cuidados a crianças com queimaduras graves, procedendo à avaliação da gravidade da queimadura com o respetivo registo no processo clínico da criança, incluindo dados como: circunstância e etiologia da queimadura, quem acompanha a criança, localização, extensão e profundidade da lesão. Durante a prestação de cuidados, observei atentamente a criança e conversei com os pais/cuidadores, de forma a avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar e identificar situações de risco para a criança e jovem (maus tratos, negligência e comportamentos de risco), com o intuito de “diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e jovem (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8655).

O contacto com esta realidade e a necessidade sentida em ajudar crianças neste tipo de situação, suscitou-me interesse em dar continuidade ao seu encaminhamento, pelo que solicitei permissão para participar nas reuniões do núcleo de apoio à criança queimada. De

acordo com Serafim (2013), o número de crianças queimadas tem vindo a aumentar nos últimos anos, constituindo-se uma das causas mais frequentes de internamento e uma importante causa de morbilidade e mortalidade infanto-juvenil, para a qual os profissionais de saúde, particularmente enfermeiros especialistas em ESCJ devem estar sensibilizados.

No decorrer do estágio, foi-me possível assistir a três reuniões do núcleo de apoio à criança queimada, nas quais estiveram presentes enfermeiros da CEP, bloco operatório e unidade de queimados, médicos de cirurgia plástica, fisioterapia e pedopsiquiatria, e outros técnicos de saúde (fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, dietista e terapeuta ocupacional). Nestas reuniões, a equipa multidisciplinar discute os casos das crianças seguidas em ambulatório e internadas na unidade de queimados, incluindo a preparação da alta hospitalar e o planeamento das consultas de seguimento e pós-alta. De forma a assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade, e conforme as necessidades identificadas, as crianças e famílias são encaminhadas para as redes de suporte comunitárias, fazendo-se uma articulação com centros de saúde da área de residência, associação amiga dos queimados, segurança social, escola, CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), garantindo o acompanhamento da criança/jovem e evitando situações de reinternamento. O EESCJ inserido no núcleo de apoio à criança queimada “estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados” e “trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”, permitindo implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor (...) da reinserção social da criança/jovem (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8654).

1.2. Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/ Unidade de Queimados

Entre 4 e 29 de novembro de 2013 desenvolvi atividades no mesmo hospital num Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/ Unidade de Queimados.

O percurso de estágio permitiu-me acompanhar o circuito efetuado pelos utentes e aperceber-me da continuidade de cuidados realizada entre serviços. No caso da criança submetida a cirurgia programada com consulta de preparação para a cirurgia prévia, foi curioso observar que no momento do acolhimento, muitas crianças perguntam onde é a sala de brinquedos e atividades, identificam a “cama com rodinhas” e durante a transferência para

o bloco operatório reconhecem os desenhos presentes no teto e nas paredes desde o serviço de internamento, até ao destino. Ao identificarem estes aspetos mencionados anteriormente pelo enfermeiro, reforçam a sua confiança nos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, sentem mais controlo sobre a realidade que já não lhes é completamente estranha.

No que se refere à continuidade da gestão da dor, os registos de enfermagem efetuados no processo clínico em ambulatório permitem-nos conhecer a história da dor da criança no acolhimento e, desta forma, antecipar a nossa intervenção junto da mesma. Verifiquei que muitas crianças reconhecem a régua de autoavaliação da intensidade da dor, o que favorece a sua correta utilização e contribui para uma adequada avaliação da dor. Comparativamente a crianças com cirurgias de urgência, que permanecem no serviço no período pré-operatório aguardando transferência, constatei que estas se encontram muito mais assustadas, uma vez que se veem rodeadas de pessoas estranhas num ambiente desconhecido, sem referências prévias, o que gera mais ansiedade e medo, aumentando a sua perceção de dor.

Colaborei com o grupo dinamizador deste serviço que integra o Grupo de Trabalho Contra a Dor deste hospital, apresentando uma proposta de questionário para identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem, visto que, esta, constava do seu plano de atividades (apêndice VIII). O questionário que elaborei nesta fase foi aplicado, posteriormente, no meu contexto de trabalho conforme descrevo mais adiante.

O referido grupo dinamizador é formado por três enfermeiras especialistas em ESCJ e tem como objetivo principal operacionalizar o “Procedimento Multisectorial – Avaliação da dor enquanto 5º Sinal Vital”. Baseando-me no referido procedimento, também colaborei com o grupo dinamizador na sensibilização da equipa de enfermagem para o seu cumprimento, nomeadamente a importância de avaliar e registar a dor nos seguintes momentos chave: de 8/8h se dor ligeira (intensidade ≤ 3); de 4/4 h, ou sempre que necessário, se dor moderada a severa (intensidade ≥ 4 e ≤ 10); antes e após analgésico (1h se terapêutica oral ou retal e $\frac{1}{2}$ h se terapêutica intravenosa); no momento do procedimento e 5 minutos após o procedimento e no momento da alta (Grupo de Trabalho Contra a Dor, 2010). Através de conversas informais com a equipa de enfermagem e análise dos processos clínicos, constatei que os colegas procedem à avaliação da dor nos vários momentos chave, no entanto não efetuam o respetivo registo sistematicamente. O mesmo sucede com o uso e efeito das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, pontualmente referido nas passagens de turno, o que compromete a continuidade dos cuidados. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente

as observações e intervenções realizadas” (OE, 2012, p.77). A existência de um sistema de registos está enunciada nos PQCEESCJ. O sistema de registos de enfermagem deve incorporar as necessidades de cuidados de ESCJ, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções obtidos pela criança/jovem (MCESIP, 2011, p.28). A importância dos registos decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação (OE, 2008, p. 19).

Esta experiência de estágio proporcionou-me inúmeras situações de cuidados em que tive oportunidade de treinar habilidades em estratégias farmacológicas e não farmacológicas para prevenir e tratar a dor na criança, adequadas à sua idade e estágio de desenvolvimento. Efetivamente, a literatura proporciona uma sólida base de conhecimentos, mas é na prática que desenvolvemos habilidades nos diferentes tipos de terapias a oferecer à criança e família. Em apêndice, descrevo algumas destas situações que me possibilitaram desenvolver competências no âmbito da gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança (apêndice IX).

Saliento que durante a prestação de cuidados tive a preocupação constante de valorizar os conhecimentos dos pais/pessoas significativas acerca da dor da criança e de os envolver nas estratégias adotadas, reforçando a importância de preparar a criança para situações aversivas e dolorosas. Barros (2003 p. 127) sublinha que “só com um envolvimento activo dos pais se poderá obter um êxito simultaneamente rápido e prolongado no tempo”. A mesma autora salienta que avaliar a interação parental com a criança, associada ao procedimento doloroso, é especialmente adequado para analisar o efeito das atitudes parentais na perturbação da criança, assim como para ajudar os pais/pessoas significativas a compreender a importância das suas atitudes. A intervenção direccionada aos pais deve assim abranger o reforço das atitudes mais cooperantes e facilitadoras do procedimento ou identificar, de forma não culpabilizante, as suas atitudes menos adequadas, de forma a minimizar o sofrimento da criança (Barros, 2003). Outro cuidado constante relacionou-se com a promoção do autocuidado e da autonomia da criança em idade escolar e adolescentes, procedendo ao ensino, instrução e treino da criança em idade escolar e adolescente sobre o autocontrolo da dor, perspectivando o seu progressivo autocuidado conduzindo-os à aquisição e assunção da sua autonomia.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas vão ao encontro do previsto no Regulamento das Competências do EESCJ: “proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” e

“capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação” (Regulamento n.º 123/2011, D.R, 2.ª série, p. 8654-55).

1.3. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio desenvolvido em UP decorreu no período de 2 a 19 de dezembro de 2013 num serviço da mesma instituição hospitalar. Ao longo do estágio, prestei cuidados à criança, jovem e família nas seguintes áreas: triagem, sala de tratamentos, sala de aerossóis e UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração). Dei maior ênfase à triagem por ser uma área muito distinta da minha prática profissional e através da qual me foi possível identificar e acompanhar crianças em situações agudas que requeriam cuidados de maior complexidade no controlo da dor.

A UP reporta-se a “todo e qualquer acto assistencial não programado” (...) estando os serviços de urgência centrados “na assistência médica descontínua e concreta” à criança e jovem em situação de urgência e emergência (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado e Rodrigues, 2006, p. 2).

A triagem é o primeiro atendimento prestado por profissionais de saúde aos utentes dos serviços de saúde, tendo como finalidade a realização de uma primeira avaliação que permita selecionar e encaminhar os utentes para unidades/ especialidades adequadas à sua assistência. É num clima de doença, medo e ansiedade que acolhemos e iniciamos a relação terapêutica com as crianças, jovens e família, sendo necessário transmitir confiança e disponibilidade absoluta desde o primeiro momento. Para Azevedo e Barbosa (2007), acolher é receber alguém de forma que este seja ouvido atentamente, de forma a possibilitar a resolução do motivo que originou a sua vinda à urgência.

Durante a minha permanência na triagem, apercebi-me que alguns utentes desconheciam o processo de atendimento e a dinâmica do serviço de UP, surgindo por vezes situações de conflito. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na prevenção e gestão deste tipo de problema, informando que a prioridade do atendimento depende da gravidade, não sendo realizado por ordem de chegada e que a cor conferida não indica, obrigatoriamente, ter de esperar o tempo máximo referente à sua cor. Neste contexto de *stress* e medo vivenciado pelos utentes, é importante estarmos preparados para utilizar técnicas de comunicação eficazes adequadas a cada criança e família. Phaneuf (2005, p. 462) refere que

“é preciso colocarmo-nos no seu lugar, o que é próprio da empatia e compreender a sua confusão”. O EESCJ “Comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, relacionando-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8654-55).

De acordo com a DGS (2008), a dor aguda constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde. Para um controlo adequado da dor, uma avaliação precisa e correta deve ser realizada inicialmente, com recurso a escalas de avaliação apropriadas a cada criança, considerando a sua idade, estágio de desenvolvimento e condição de saúde.

Ao longo da prestação de cuidados à criança, jovem e família na triagem verifiquei que a avaliação da dor é realizada sistematicamente a todas as crianças e jovens, havendo a preocupação de escutar e dar voz à criança e não apenas à pessoa significativa. No entanto, percebi que, de uma maneira geral, a heteroavaliação prevalece sobre a autoavaliação da intensidade da dor, recorrendo-se à escala comportamental FLACC e mais raramente à EN ou à escala de faces de *Wong-Baker*. Quando se procede à autoavaliação da intensidade da dor na criança, os enfermeiros não utilizam a régua de autoavaliação de suporte, o que dificulta a compreensão da criança e prejudica a correta autoavaliação da dor. Atenta a esta situação, alertei os colegas e incentivei a utilização da referida régua já instituída no hospital, demonstrando o seu método de funcionamento e reforçando a importância da autoavaliação no controlo eficaz da dor na criança.

Na avaliação e registo da intensidade da dor, para além dos momentos de avaliação já referidos anteriormente, o Grupo de Trabalho Contra a Dor (2010) preconiza a avaliação da dor na transferência para os serviços de internamento de forma a permitir a continuidade da gestão da dor.

A respeito das estratégias não farmacológicas utilizadas na prevenção e controlo da dor, apercebi-me que os enfermeiros recorriam sobretudo a intervenções mais simples, nomeadamente: a técnica de distração, reforço positivo, imaginação guiada, relaxamento muscular (exercícios de respiração diafragmática e de relaxamento ativo) e humor. Foi interessante observar na prática que o humor constitui uma estratégia de comunicação com a criança e adolescente que pode ser muito eficaz quando utilizado por um enfermeiro experiente com aptidão para criar um clima de leveza, visto que contribui para relativizar determinadas situações, ajudando a pessoa cuidada a percecionar a vida de forma mais

aceitável e tranquila (Phaneuf, 2005). A MCEESIP (2013) acrescenta que o humor estimula expressões como o riso e o sorriso, naturalmente associadas ao prazer e bem-estar.

Durante este estágio, tive a cuidado de envolver os pais e as crianças no controlo da ansiedade e dor, particularmente nos períodos em que aguardavam o efeito da terapêutica farmacológica, muitas vezes prolongado. Para o efeito, procedi ao ensino, instrução e treino dos pais e/ou crianças na utilização de metodologias simples mas eficazes no controlo da dor, suportando a informação fornecida oralmente com a informação escrita contida num poster já existente em balcão sobre estratégias não farmacológicas possíveis direcionadas à família.

No âmbito das estratégias farmacológicas no controlo da dor, procedi à análise do procedimento sectorial “Aplicação de mistura equimolar de protóxido de azoto em idade pediátrica”, indicado para procedimentos dolorosos de curta duração. Infelizmente, este procedimento ainda não era colocado em prática no serviço de UP, pelo que não houve oportunidade de observar a sua aplicação. Porém, na área da pequena cirurgia, presenciei alguns procedimentos médicos extremamente dolorosos à criança, tais como: tratamento a queimaduras, sutura de feridas incisas e redução de fraturas, com analgesia insuficiente, nos quais a sedação e analgesia com protóxido de azoto e oxigénio teriam contribuído para o eficaz controlo da dor, evitando sofrimento desnecessário. Durante o procedimento médico os pais foram chamados a participar na restrição física da criança. Saliento que a DGS (2010, p. 2) considera como critério de boa prática “os pais são envolvidos no apoio emocional à criança, e não na sua restrição física”.

Durante a prestação de cuidados à criança, jovem e família na UICD, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma criança de 4A com drepanocitose, internada por crise vaso-oclusiva (crise álgica). Dado que na minha prática profissional acolho crianças que sofrem desta patologia, que limita muito a sua qualidade de vida e da sua família, senti necessidade de aprofundar conhecimentos no âmbito das estratégias farmacológicas e não farmacológicas indicadas para prevenção e controlo da dor nesta situação específica (apêndice X). De acordo com Tanabe e Todds (2010), a dor sentida durante a crise trata-se de uma dor intensa e tem sido descrita como “se todos os ossos estivessem a quebrar”, para a qual devemos estar sensibilizados e assim poder intervir eficazmente.

As competências desenvolvidas assentaram sobretudo na “(...) gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” através da aplicação de

conhecimentos e habilidades em terapias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 123/2011, D.R, 2.ª série, p. 8655).

1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As atividades desenvolvidas na UCIN decorreram entre 6 e 17 de janeiro de 2014. Para desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados ao RNPT internado na UCIN, delineeí duas estratégias: a pesquisa bibliográfica relevante para a prestação de cuidados fundamentados e a prestação de cuidados diretos ao RN internado e família.

Debruçando-me sobre a avaliação da intensidade da dor em RNPT verifiquei que a escala utilizada nesta UCIN é a NIPS, sendo aplicada sistematicamente ao longo do turno como 5º sinal vital. Discutindo com o EESCJ de referência sobre as escalas de avaliação da intensidade da dor adequadas para UCIN, propus a implementação da EDIN, recomendada em primeira instância pela DGS (DGS, 2010).

Pela prática, constatámos que a NIPS é de fácil aplicação, no entanto a sua principal indicação reside na quantificação da resposta aguda (breve) do RN a procedimentos dolorosos. Numa UCIN, o problema não é apenas um procedimento doloroso isolado, mas sobretudo a repetição destes procedimentos que são uma constante (Guinsburg, 2010). Um estudo de Carbajal, desenvolvido em 2008, demonstrou que cada RNPT sofre em média 10 procedimentos dolorosos por dia de internamento na UCIN. De acordo com Guinsburg (2010), parece haver uma dissociação entre as respostas fisiológica e comportamental em RN criticamente doentes, verificando-se uma atenuação dos parâmetros fisiológicos à medida que se repetem as experiências dolorosas, enquanto que os parâmetros comportamentais tendem a manter-se. Neste sentido, a resposta comportamental revela-se mais indicadora da presença de dor em RNPT. A EDIN considera somente a resposta comportamental, sendo constituída pelos seguintes indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação (sociabilidade) e reconforto (consolabilidade).

Para além destes aspetos, a escala de dor e desconforto do RN (EDIN) está indicada na avaliação da dor aguda de duração breve e prolongada em RN gravemente doentes com 25 ou mais semanas de gestação. A sua aplicação é igualmente rápida e simples e a concordância entre avaliadores é excelente, permitindo acompanhar o comportamento do RN por períodos mais prolongados, a fim de adequar a terapêutica necessária (Batalha, 2010; Guinsburg,

2010). Als et al (2003), citado por Balbino, Cardoso, Silva e Moraes (2012) salienta que a resposta do RNPT aos procedimentos é muito mais lenta relativamente à resposta do RN de termo.

A utilização da EDIN requer um contacto mínimo de 1h com o RNPT. O total de pontuação mínima é zero e máxima é 15 pontos. Um valor de 5 ou mais requer uma intervenção terapêutica para o alívio da dor (Batalha, 2010). De acordo com Solhaug, Bjork, Sandtro (2010), citado por Balbino, Cardoso, Silva e Moraes (2012), avaliar o comportamento do RN adequadamente requer a sua observação durante pelo menos 20 minutos antes da interação, durante a interação com o prestador de cuidados e durante os 20 minutos seguintes.

Para além desta discussão sobre a avaliação da intensidade da dor e desconforto que considerámos fundamental para assegurar uma gestão eficaz da dor no RNPT internado na UCIN, prestei cuidados de enfermagem ao RNPT e família, treinando habilidades em intervenções não farmacológicas no controlo da dor. Para este efeito, senti necessidade de atualizar conhecimentos nesta área, realizando uma pesquisa científica sobre a adoção de práticas especializadas como o NIDCAP® (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*).

O NIDCAP® foi criado com a finalidade de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no desenvolvimento do RNPT fora do útero materno. A observação detalhada do comportamento do RNPT parece ser o melhor guia para os profissionais promoverem, de forma continuada, cuidados individualizados de suporte adaptados ao seu desenvolvimento. Esta abordagem possibilita melhorar o equilíbrio funcional de RNPT sem comprometer os cinco subsistemas (autonómico, motor, de estados, de atenção e interação e autorregulação e equilíbrio), contribuindo para a organização do RNPT durante e após os procedimentos (Santos, 2011; Balbino, Cardoso, Silva e Moraes, 2012).

Os princípios chave do NIDCAP® compreendem: meio ambiente tranquilo, consistência no cuidar/ cuidados colaborativos, agrupamento de cuidados, posicionamento adequado, oportunidades para contacto pele-a-pele, suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família (Santos, 2011). Durante a minha permanência na UCIN observei e coloquei em prática estes princípios que combinam com um conjunto de intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN. A descrição das intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RNPT, desenvolvidas na UCIN, apresenta-se em apêndice (apêndice XI). O NIDCAP® também preconiza o envolvimento da família no cuidar

do RNPT. Neste sentido, e com o intuito de facilitar a presença parental no início de vida do RNPT, com promoção das competências parentais, elaborei um folheto informativo direcionado aos pais (apêndice XII).

Tive, ainda, oportunidade de recordar competências de enfermagem relativas à administração de leite materno e artificial ao RNPT, por gavagem parcialmente contínua, sendo oferecida a dieta em infusão por uma hora seguida de pausa alimentar de duas horas. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o método de alimentação de primeira escolha é a gavagem simples, por ser mais fisiológico, de menor risco e menor custo. O método que utilizámos é uma situação intermediária entre a gavagem simples e a contínua, indicada para grandes prematuros com esforço respiratório importante e resíduo gástrico persistente, como era o caso.

Este campo de estágio constituiu um verdadeiro desafio, por ser uma área muito específica na qual não tinha qualquer experiência anterior, no entanto, considero que me proporcionou experiências bastante enriquecedoras que permitiram desenvolver competências especializadas, na área da neonatologia, nomeadamente: “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”, utilizando estratégias para promover o contacto físico pais/RN e negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; “Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” em RN e “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 123/2011, D.R, 2.ª série, p. 8655).

1.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O estágio em cuidados de saúde primários decorreu ao longo de duas semanas, entre 20 e 31 de janeiro de 2014 numa UCSP. Para desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção e desenvolvimento infantil, a estratégia utilizada foi a observação, colaboração e prestação direta de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família no âmbito das consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil e do PNV (Programa Nacional de Vacinação). Para esse efeito, comecei por rever o PNSIJ (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) e o PNV em vigor, de forma a atualizar conhecimentos e prestar cuidados de enfermagem especializados em conformidade com as últimas recomendações da DGS.

O facto de já conhecer a realidade desta UCSP, uma vez que já tinha trabalhado durante um ano e meio nesta unidade, foi uma mais-valia. Atualmente, com um novo olhar sobre a realidade após o percurso académico e profissional percorrido, a preocupação em contribuir para a melhoria dos cuidados foi um aspeto central neste estágio, valorizando aspetos relacionados com o conforto e o controlo da dor na criança e família, para os quais não estava sensibilizada, anteriormente.

O circuito percorrido pela criança e família atendidas no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil inicia-se com a consulta de enfermagem e, seguidamente, a consulta médica. Aquelas que necessitam de atualizar o PNV são acompanhadas à sala de vacinação apenas no final das consultas, de forma a garantir o seu bem-estar e evitando que a consulta seja realizada com a criança irritada e agitada e a família sem disponibilidade para ouvir, ativamente, a equipa de saúde e expressar as suas preocupações e dúvidas.

A calendarização das consultas para as idades chave é realizada em harmonização com o esquema cronológico preconizado no PNV, pelo que existe um trabalho coordenado entre as enfermeiras que realizam a consulta e as que prestam cuidados no âmbito do PNV. Este tipo de atuação visa a redução do número de deslocações ao centro de saúde, tal como recomenda o PNSIJ (DGS, 2013). Com este mesmo objetivo, sempre que uma criança se desloque à consulta por outros motivos, pouco tempo antes ou depois da idade chave, e se a sua situação clínica o permitir, efetua-se o exame indicado para essa idade (exames de saúde oportunistas). De igual modo, a periodicidade das consultas não é rígida, adequando-se conforme a avaliação efetuada pelo médico de família e EESCJ, podendo ser introduzidas ou eliminadas algumas consultas.

De entre as consultas que realizei nas diferentes fases de desenvolvimento, apresento em apêndice a avaliação do desenvolvimento de uma criança com 5A que realizei com recurso ao teste de *Mary Sheridan*, sistematicamente utilizado nesta UCSP (apêndice XIII). Durante esta consulta, foi muito interessante verificar que a brincadeira é um excelente método comunicacional e relacional que, de certa forma, deu algum prazer à criança e permitiu a sua cooperação durante a consulta. O EESCJ “Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem” e “Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8655).

De acordo com Kolcaba, os enfermeiros identificam as necessidades de conforto da criança, jovem e família que se desenvolvem em diferentes contextos: físico (relacionado com sensações corporais/ dor ou desconforto físico), psico-espiritual (autoestima, autoconceito), sociocultural (relações interpessoais, família, sociedade, situação financeira) e ambiental (local, luz, ruído, decoração) (Kolcaba, 2005) e planeiam intervenções para satisfazer essas necessidades. Assim, a gestão do ambiente físico e humano deverá ser encarada como uma estratégia elementar na prestação de cuidados à criança/jovem e família atendida nos serviços de saúde, de modo a prevenir desconfortos específicos, assegurando o seu bem-estar e melhorando a sua performance. Neste sentido, uma das atividades desenvolvidas foi a observação dos recursos físicos e humanos desta unidade, cuja análise reflexiva apresento em apêndice (apêndice XIV). O EESCJ, ao aplicar conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, faz a gestão diferenciada de dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8655).

Outra das atividades desenvolvidas foi o levantamento dos métodos utilizados pela equipa de enfermagem na prevenção e tratamento da dor na criança e adolescente.

No âmbito das intervenções farmacológicas passíveis de utilizar na vacinação, inclui-se a aplicação de EMLA[®]. Este fármaco não se encontra disponível nesta UCSP e não presenciei nenhuma situação em que se tenha aplicado EMLA[®] antes da administração de uma vacina, no entanto, as colegas informam a família, adolescentes e crianças mais velhas sobre as indicações, contraindicações, local e tempo de aplicação, reações adversas e cuidados a ter durante a sua aplicação. Neste contexto, contribui para a atualização de conhecimentos das colegas relativamente ao tempo de aplicação do EMLA[®], que em punções profundas (injeções subcutâneas e intramusculares) é superior ao das punções superficiais (válido a partir dos 3 meses), e ao facto da sua utilização não estar indicada no diagnóstico precoce. A Infarmed (2010) revela que a eficácia do EMLA[®] creme na anestesia da pele no “teste do pezinho” em RN não ficou demonstrada em estudos clínicos.

As estratégias não farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem para diminuir a perceção da dor na criança que vai ser submetida a vacinação assentam, sobretudo, na técnica de distração. Nos lactentes e crianças mais pequenas, verifiquei que a utilização de uma linguagem teatral e de brinquedos coloridos, com movimento e música, se revelam eficazes; nas crianças em idade pré-escolar, são úteis jogos simples, como p. ex., nomear as cores do poster fixado na parede, contar os carros vermelhos que passam na estrada; os

adolescentes são distraídos com conversas sobre a escola, amigos, cinema ou outros temas do seu interesse. Existem ainda diplomas e medalhas de “bom comportamento” que são dadas às crianças, após o procedimento doloroso. No entanto, em algumas situações, verifiquei que, mesmo quando a criança não utilizava estratégias positivas para enfrentar a dor, as colegas mantinham a recompensa (oferta do diploma) alimentando um comportamento não desejado. Face ao observado, alertei as colegas para este tipo de intervenção que não é coerente com as normas de boa prática no controlo da dor na criança.

Infelizmente, ainda ocorrem situações em que se recorre à coerção física para vacinar as crianças. O facto de me aperceber de uma situação destas, na qual uma criança chorava descontroladamente e a mãe a reprimia, motivou-me para a elaboração de um panfleto informativo intitulado de “Como reduzir a dor, a ansiedade e o medo da criança durante a vacinação – Informação aos pais” (apêndice XV). Com esta atividade pretendia fornecer orientações antecipatórias à família sobre o controlo da dor da criança submetida a vacinação, como recomendado pelo IAC (2006). “O medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços e saúde” (DGS, 2010). Neste sentido, a ajuda à família na aquisição e desenvolvimento das competências parentais, particularmente no controlo da dor, é de primordial importância na intervenção do EESCJ. Revela-se, portanto, fundamental intervir junto da família que constitui um dos fatores mais significativos para a experiência dolorosa da criança.

No âmbito do diagnóstico precoce, as estratégias mais frequentemente utilizadas pelas enfermeiras são: a promoção do contacto físico dos pais (principalmente com a mãe) com o RN, ou seja, a mãe senta-se na posição mais confortável para si com o RN ao colo; sempre que possível, é incentivada a amamentação e o contacto pele com pele, caso contrário opta-se pela sucção não nutritiva, fazendo movimentos ritmados de sucção com a chupeta e utilizando o leite materno, leite artificial ou a sacarose a 24%, quando disponível. Existe, ainda, a preocupação por parte das enfermeiras em assegurar um ambiente calmo e seguro para o RN e família. É de salientar que, sempre que possível, os testes de diagnóstico precoce são marcados para os dias em que há menos consultas médicas, de forma a evitar interrupções e a dispor de mais tempo junto de cada RN e família.

No decorrer deste estágio, tive conhecimento do projeto “Aparece” que é um centro de atendimento especializado a adolescentes no âmbito dos cuidados de saúde primários. Para desenvolver competências relacionais e comunicacionais com esta faixa etária tão particular,

solicitei permissão para assistir a algumas consultas. Tive oportunidade de assistir e participar no atendimento de enfermagem a 4 adolescentes. Este projeto adota uma perspetiva compreensiva da adolescência e pretende dar uma resposta adequada a esta faixa etária, tendo em conta as suas necessidades específicas: informação, aconselhamento, vigilância de saúde, alterações de crescimento, problemas familiares, escolares e laborais, comportamento alimentar, consumo de tabaco, álcool e drogas, sexualidade e gravidez, doença aguda ou crónica.

As consultas têm lugar num espaço exclusivamente utilizado para o atendimento a adolescentes. Considerando as características próprias da adolescência, particularmente a sua baixa adesão aos cuidados de saúde, especialmente em locais onde são atendidos outros elementos da família, os adolescentes preferem recorrer a outros técnicos que não os médicos de família, para esclarecerem as suas dúvidas e preocupações, pois não confiam na confidencialidade e privacidade que os médicos de família podem oferecer (Hall e Sowden, 2005, citado por IAC (2006).

No decorrer das consultas de enfermagem, analisei a colheita de dados efetuada ao adolescente durante a entrevista, que se processa com base na HEADS (*Home, Education, Activities, Drugs, Suicide*). Os dados recolhidos e os problemas identificados são registados no processo clínico do adolescente e, seguidamente, o adolescente é encaminhado para a consulta médica que, por sua vez, efetua um encaminhamento para outras especialidades e/ou instituições de saúde, consoante as necessidades identificadas. No âmbito desta consulta, o EESCJ identifica os estádios do processo de mudança na adaptação de comportamentos saudáveis e reforça a tomada de decisão responsável, contribuindo assim para a promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Regulamento n.º 123/2011, D.R, 2.ª série, p. 8655).

1.6. Estágio em contexto de trabalho

As atividades das duas últimas semanas de estágio, decorridas entre 3 e 14 de fevereiro de 2014, foram desenvolvidas em contexto de trabalho, num serviço de internamento de pediatria médica e cirúrgica. O principal objetivo foi uniformizar a prática de cuidados de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, fiz o diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente ao controlo da dor na criança, através da aplicação de um questionário (apêndice XVI) que elaborei com base na pesquisa científica e nas experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo. Para o efeito, solicitei autorização à direção de enfermagem da instituição onde exerço funções, a qual foi concedida (apêndice XVII). O questionário foi aplicado a 18 enfermeiros, procedendo-se, posteriormente, ao tratamento e análise dos resultados obtidos, que orientaram a ação de formação e sensibilização apresentada aos enfermeiros (apêndice XVIII). A data da sessão foi planeada com a enfermeira responsável pela formação em serviço, sendo incluída no plano de formações em serviço para 2014, na qual atuei como formadora (apêndice XIX). Relativamente ao conteúdo da formação dei ênfase à aplicação de estratégias não farmacológicas, tal como sugerido por Batalha num estudo desenvolvido nesta área, em 2013. Apesar do número reduzido de enfermeiros que estiveram presentes na formação, considero que esta atividade foi um importante contributo para o seu desenvolvimento profissional nesta área. Dada a pertinência do tema para os cuidados, que todos os participantes classificaram em “Muito Bom”, disponibilizei-me para repetir a sessão de formação, numa data oportuna, aos restantes elementos da equipa que não compareceram, e disponibilizei os conteúdos abordados.

Para além da sessão de formação, partilhei com os colegas, de modo mais informal, os conhecimentos que adquiri ao longo dos diferentes contextos de estágio, refletindo as práticas realizadas no nosso e em outros serviços hospitalares, e as normas de boas práticas preconizadas pela DGS, com vista à mudança e melhoria dos cuidados de enfermagem por nós prestados, nesta área.

Desta forma, responsabilizei-me por ser facilitadora da aprendizagem na área de especialização de ESCJ, particularmente na avaliação e controlo da dor na criança, como está previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº122/2011, DR, 2.ª série).

Com vista a dar continuidade ao principal objetivo deste estágio, reuni e mobilizei os conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas e elaborei alguns documentos nesta área, fazendo, primeiro, um levantamento do que existia no próprio serviço. Neste sentido, identifiquei dois procedimentos de enfermagem relativos à administração de sucrose oral e aplicação local de EMLA[®] com necessidade de revisão, os quais reformulei, com a devida autorização da chefia de enfermagem (apêndice XX).

No âmbito da avaliação da dor na criança, propus incluir a história da dor na avaliação inicial, como as boas práticas recomendam: “Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial” (OE, 2008). Para o efeito, criei um guião para colheita de dados sobre a história da dor, de modo a conduzir e uniformizar a entrevista à criança, adolescente e família e um formulário dirigidos aos mesmos (apêndice XXI), a aplicar no caso da falta de tempo apontada por alguns enfermeiros no questionário. Esta ideia foi um contributo de Batalha (2010, p. 46) numa das suas obras: “A tendência para o declínio da história de dor no decorrer do tempo pode ser contrariada com o uso de uma folha própria para resposta dos pais e da criança, a incluir no processo clínico”.

Sugeri, ainda, a inclusão de novas escalas de avaliação da intensidade da dor, com base na Circular Normativa da DGS N.º 014/2010, designadamente: a NIPS, escala de faces de *Wong-Baker* e FLACC-Revised/PT, para além das já utilizadas (FLACC e EN). Nesta mesma orientação, a DGS (2010, p.1) recomenda “privilegiar a autoavaliação a partir dos 3A, sempre que possível”, o que só é exequível com recurso a materiais de suporte adequados à idade e estágio de desenvolvimento da criança, principalmente na transição *toddler* - pré-escolar. De forma a possibilitar a autoavaliação o mais precocemente possível, elaborei uma régua para avaliação da intensidade da dor e dois diagramas corporais para as crianças mais pequenas localizarem a dor (apêndice XXII).

Para promover o registo sistemático da intensidade da dor como 5º sinal vital, propus a possibilidade de registo informático no campo dos sinais vitais já em uso pelo serviço com todas as escalas supramencionadas, como recomenda a OE (2008, p.19). A existência de um sistema de registos, enuncia-se também no Regulamento dos PQCEESCJ (OE, 2011, p. 28): “O sistema deve incorporar as necessidades de cuidados de enfermagem à criança e jovem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções obtidos pela criança e jovem”.

Relativamente às intervenções não farmacológicas para o controlo da dor, incluídas na sessão de formação apresentada, elaborei diplomas de “bom comportamento” para oferecer à criança no âmbito do reforço positivo (apêndice XXIII).

Na fase de projeto, propus-me realizar um programa de intervenção face à dor da criança internada, no entanto, à medida que me fui apercebendo das necessidades do serviço, concluí que o tempo que dispunha não era suficiente para desenvolver esta ambiciosa atividade. No entanto, considero que todas as atividades desenvolvidas foram indispensáveis

numa fase inicial. Resta-me aguardar a aprovação das propostas que apresentei e mantenho a intenção de elaborar um documento único que permita uniformizar os cuidados de enfermagem à criança no âmbito da avaliação e controlo da dor contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor em pediatria foi durante muitos anos desvalorizada e o seu controlo negligenciado. Atualmente, a investigação neste campo mostra que a criança sente dor desde o nascimento, mesmo o RNPT, e que a dor não tratada no decorrer da doença e da hospitalização tem consequências graves para a saúde e bem-estar da criança (DGS, 2012).

Na última década, o movimento profissional e político dirigido a esta problemática produziu importantes ganhos na qualidade de cuidados prestados, pelo que o investimento nesta área deve continuar. Os serviços de saúde devem implementar programas de melhoria contínua no âmbito da avaliação e controlo da dor nas crianças que valorizem o seu controlo da dor como padrão de qualidade de cuidados e serviços, bem como ações de formação e sensibilização para profissionais de saúde, que valorizem a humanização dos cuidados à criança e ao jovem com dor e sua família.

A investigação desenvolvida sugere que se invista sobretudo na área das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, cabendo ao EESCJ aplicar conhecimentos e desenvolver habilidades em intervenções não farmacológicas a oferecer à criança e jovem, bem como contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

No contexto de hospitalização o enfermeiro é o profissional que contacta durante mais tempo com a criança, jovem e família tendo, por isso, todo o potencial para desenvolver um relacionamento de confiança com a criança e família de modo a aplicar eficazmente as intervenções não farmacológicas no controlo da dor.

As intervenções farmacológicas no controlo da dor na criança não podem ser descuidadas. Apesar de não se inserirem no domínio das intervenções autónomas, e sim nas funções interdependentes, o enfermeiro desempenha um importante papel na defesa dos

direitos da criança hospitalizada, que inclui a colaboração na revisão terapêutica, consoante a avaliação contínua da dor e resposta ao tratamento (Batalha, 2010).

O envolvimento da criança, jovem e família no controlo da dor é determinante para o sucesso dos cuidados de enfermagem. É de salientar que, o objetivo das intervenções de enfermagem é a prevenção e alívio da dor para as experiências dolorosas durante a hospitalização, mas visa também o progressivo autocuidado da criança em idade escolar e jovem com vista a sua autonomia.

Não obstante, a família desempenha um papel determinante na vida da criança, sendo fundamental considerá-los como parceiros na prestação de cuidados. Cabe ao enfermeiro apoiá-los no seu papel parental, provendo-os de conhecimentos e habilidades para que possam gerir os processos de saúde/doença dos seus filhos com vista a uma autonomia crescente, particularmente no controlo da dor.

Ao longo do estágio concretizei os objetivos e atividades planeadas, sustentadas pela evidência científica e pelas necessidades identificadas na prática, que permitiram adquirir e desenvolver competências específicas do EESCJ preconizadas no Regulamento n.º 123/2011, de 18-02-2011 (D.R. 2.ª série).

Considero que todo o trabalho desenvolvido no âmbito da avaliação e controlo da dor na criança foi um importante contributo para a qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família no meu contexto de trabalho e ao qual pretendo dar continuidade no futuro. Penso que as atividades desenvolvidas demonstraram a preocupação sentida em valorizar o controlo da dor como padrão de qualidade de cuidados, de forma a dar visibilidade às intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento da dor na criança.

É este o caminho que conduz à melhoria da qualidade de vida das crianças, jovens e família e que permite alcançar efetivos ganhos em saúde.

Gostaria de sublinhar que os objetivos definidos foram totalmente atingidos, apesar das dificuldades de ordem profissional e falta de tempo. Não foi fácil articular atividade profissional com o estatuto de estudante, no entanto, esses obstáculos foram contornados, não só com o investimento pessoal, mas também com o apoio de familiares, amigos e colegas. Ao terminar esta etapa de aprendizagem sinto-me feliz por ter vivenciado experiências tão interessantes, desenvolvido competências de EESCJ e obtido muitos contributos que considero uma mais-valia para o bem-estar da criança com dor e família, para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para o meu desempenho profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aflafo, C. (2004). *Os significados do brincar*. Acedido 20-10-2013. Disponível em <http://www.escolaoficinaludica.com.br/>
- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Portugal: Unicef.
- Azevedo, J.M.R; Barbosa, M.A. (2007). Triagem em serviços de Saúde: percepções dos usuários. *Rev Enferm UERJ*, 15(1) 33-9.
- Balbino, A.C.; Cardoso, M.V.; Silva, R.C.; Moraes, K.M. (2012). Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipa de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*. (20) 1, 615-20.
- Bandola, L., Faleiro, S. e Monteiro, A. (2013). Preparação da criança, jovem/ família enquanto programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. In: *IV Encontro de Benchmarking*, Lisboa. 11-10-2013. Lisboa.
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L. (2008). Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, 12(10), 1-24.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.^a ed. Revista e Aumentada). Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L.M.C. (2007). Factores de Risco para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria. *Dor* (2007) 15, 27-35.
- Batalha, L. (2010) – *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0.
- Batalha, L.M.C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*. Suplemento, e16-e21. ISSN: 1646-9704.

- Batalha, L. M.; Mendes, V.M.P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R) 2013. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. série III (11), 7-17. **DOI:** 10.12707/RIII12101.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011) – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-peso – Método do Canguru – Manual Técnico – 2ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-1782-3
- Broering, C.V.; Crepaldi, M.A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39) 61-72.
- Caldeira, T. et al. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediatr Port*, (37) 1-4.
- Carbajal, R. et al. (2008). Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. *JAMA*, (300) 1, 60-70.
- Fernandes, A. (2007). Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo. *DOR*, 15 (1), 22-26.
- Ferland, F. (2006). *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-253-X.
- Fields, H. L. e Martin, J. B. (2006). Dor: Fisiopatologia e Tratamento. In Kasper, D. L. , Fauci, A. S. , Longo, D. L. Braunwald, E., Hauser, S. L, Jameson, J. L. *HARRISON: Medicina Interna* (16ª ed., pp. 77-82). Lisboa: McGraw-Hill.
- Gabinete de Documentação e Direito Comparado Direitos da Criança. *Declaração dos Direitos da Criança* (1959). Acedido a: 05/10/2013. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/dc-declaracao-dc.html>
- Glasper, A.; Richardson, J. (2011). *Textbook of children's and young people's nursing*. LONDres. Elsevier. In: Tavares, P.P. **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência. ISBN 222-241
- Grabowski, S. (2006). *Corpo Humano: Fundamentos de anatomia e fisiologia*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.

- Graner, K.; Junior, A.; Rolim, G. (2010) Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso.18 (2) 345-355
- Grupo de Trabalho Contra a Dor – Circular informativa N° 220. 2010. Procedimento Multisectorial – Avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital. Acessível no Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.
- Guinsburg, R. (2010). Estresse e dor no recém-nascido: estamos atuando? In *XX Congresso Brasileiro de Perinatologia*, Rio de Janeiro, 21-24 nov 2010.
- INFARMED (2010). Resumo das características do medicamento - EMLA, 25 mg/g + 25 mg/g, creme.
- Instituto de Apoio à Criança (2006). *A dor na criança – atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: IAC. ISBN: 978-972-8003-26-5
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Respeito dos Direitos da Criança no Hospital*. Acedido a 07-04-2013. Disponível em <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Instituto de Apoio à Criança (s.d). Carta da Criança Hospitalizada, 4ª edição. Acedido a 07-04-2013. Disponível em:
http://issuu.com/iacrianca/docs/folheto_tf/1?e=3230492/5813469
- International Play Association (2009). Promoting the child's right to play. Acedido a: 21/11/2013. Disponível em http://ipaworld.org/ipa/ipa_declaration.html
- Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9ª edição (pp. 188 - 239). Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1
- Joint Commission International (2010). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais* (A.T., Miranda, Trad.). (4ª ed). Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. (Tradução do original do ingles Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th ed, 2010, U.S.A: Joint Commission International).
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.

- Kraychete, D. C. e Wanderley, S. B. C. (2011). *Dor na Criança. Avaliação e Terapêutica*. Acedido em: dezembro de 2013, disponível em: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor: http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/Fasc_Dor_Crianca.pdf
- Linhares, M.B.M.; Doca, F.N.P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, (18) 2, 307-325.
- Mano, M.J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, (8), 53-61.
- Mendes, V. (2011). *Adaptação Cultural e Validação da Reprodutibilidade da Versão Portuguesa da Escala de Dor Face Legs Activity Cry Consolability – Revised (FLACC-R) em Crianças com Multideficiência maiores de 4 anos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de mestrado. Coimbra.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Lisboa: OE
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2013). *Guia Orientador de boa prática— Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE. Série 1. Número 6. Lisboa: OE.
- Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z. & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Paediatrics*, (30), 119-128.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa prática*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Castro, H. Trad.). Lisboa: OE. Tradução do original do inglês ICNP® Version 2 - International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Patel, N.B. (2010). Fisiologia da Dor. In: KOPF, A.; PATEL, N.B. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp.9-13). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Pawar, D.; Garten, L. (2010). Tratamento da Dor em Crianças. In: Kopf, A.; Patel, N.B.. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp.274-290). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09 DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). Circular Normativa N.º 010/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Powell, R.A. et al (2010). Antecedentes de Dor e Avaliação da Dor. In: Kopf, A.; Patel, N. B. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 65 - 77) Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da Republica, 2.ª série, Nº 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da Republica, 2.ª série, Nº 35 (18-02-2011). 8653-8655.

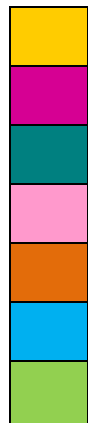
- Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Dor*, (2009) 17, 18 – 22.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*(20) 1, 26-31.
- Santos, L. (2011). Porquê Brincar no Hospital? In Oliveira V.B. *Brinquedoteca – Uma Visão Internacional*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Silva, E.; Neto, J.; Figueiredo, M.; Branco, M. (2007). Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. *Com Ciências Saúde* (18) 2, p.157-166.
- Serafim, Zinia (2013). As queimaduras pediátricas em Portugal. In VIII Congresso Nacional de Queimados, Hotel Tivoli Almansor no Carvoeiro, Setembro de 2013. Carvoeiro.
- Tanabe P.; Todds, K. H. (2010). Dor na Anemia Falciforme. In: KOPF, A.; PATEL, N. B. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: International Association for the Study of Pain. p. 65 -77.
- Watt-Watson, J.H. (2003). Dor e Controlo da Dor. In: Phipps, W.J.; Sands, J.K.; Marek, J.F. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ª ed.) (Vol 1, pp. 363-391). (tradução do original inglês Medical-Surgical Nursing: Concepts & Clinical Practice, 6th ed, 2007).
- Winkelstein, M. (2006). Perspetivas da enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M., Wilson, D., & Winkelstein, M. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier.
- World Health Organization (2012). WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva: WHO. ISBN 978 92 4 154812 0.
- World Health Organization (2014). Social determinants of health. *WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata*. Acedido a: 08-04-2014. Disponível em:
http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/
<http://guiadobebe.uol.com.br/shantala-a-arte-de-massagear-seu-bebe/>
<http://guiadobebe.uol.com.br/toque-da-borboleta/>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Anos		2013														2014					
Meses	Set	Out					Nov				Dez					Jan				Fev	
Semanas	1ª	2ª		3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª			13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Dias	30	07	11	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	20		06	13	20	27	03	10
	04	10	12	18	25	01	08	15	22	29	06	13	19		03	10	17	24	31	07	14
			FORMAÇÃO											FÉRIAS DE NATAL							



ESEL

Consulta Externa de Pediatria

Serviço de Internamento de Pediatria Cirúrgica/ Unidade de Queimados

Serviço de Urgência Pediátrica

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Estágio em contexto de trabalho

APÊNDICE II – Tipos de relaxamento muscular

Exercícios de respiração diafragmática

Os exercícios de respiração diafragmática, também denominada de respiração abdominal ou pelo estômago, consistem na entrada de ar profundamente nos pulmões de modo a utilizar a sua capacidade máxima e caracterizam-se por fazerem uma maior utilização do diafragma e dos músculos abdominais. A sua eficácia relaciona-se com o facto de não permitir a hiperventilação, responsável pela intensificação dos sintomas, e contribuindo, consequentemente, para a perda do autocontrolo.

Pode pedir-se à criança para soprar com força todo o ar cá para fora e, seguidamente, encher a barriga de ar como se fosse um balão e voltar a esvaziar todo o ar para a barriga ficar “magrinha” ou, simplesmente, pedir à criança para cheirar uma flor e soprar uma vela.

O recurso a cornetas coloridas, apitos tipo “língua da sogra” ou bolas de sabão, podem ser úteis. São exercícios fáceis de compreender e rápidos de fazer, podendo utilizar-se em crianças com mais de 2A (Barros, 2003; MCEESI, 2013).

Exercícios de relaxamento muscular progressivo ou controlo do ciclo respiratório

Os exercícios de relaxamento muscular progressivo ou controlo do ciclo respiratório visam alcançar um estado de relaxamento de todo o corpo (dos pés à cabeça) através de uma série de exercícios de contração e descontração dos diferentes grupos musculares.

Pode pedir-se à criança para contrair os músculos abdominais, “encolhendo fortemente o estomago”, como que para “defender-se de um soco”; manter o estômago contraído/ “apertado” durante dez segundos e sentir a diferença entre a tensão e o relaxamento, podendo repetir-se o exercício para cada grupo muscular. Estes exercícios exigem um maior espaço de tempo para serem colocados em prática e devem ser utilizados em crianças a partir dos 6A.

A utilização de gravações áudio pode facilitar a implementação deste tipo de exercícios (MCEESIP, 2013).

Exercícios de relaxamento ativo

Os exercícios de relaxamento ativo, ou criativo, envolvem procedimentos simples, habitualmente associados a uma respiração mais profunda, que pretendem dar uma consciencialização do estado muscular e nervoso e alcançar a libertação de tensões indesejadas. Bater palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como algodão, saltar à corda, o jogo da mão morta, o exercício do “não me importa”, são alguns exemplos práticos, úteis no caso da administração de terapêutica via intramuscular ou intravenosa, ao promoverem um relaxamento dos membros onde se vai realizar o procedimento doloroso. Está indicado em crianças a partir de um ano.

No caso do lactente ou criança mais pequena, o relaxamento pode ser realizado da seguinte forma: segurar a criança numa posição confortável e bem apoiada, verticalmente contra o peito e ombro; embalar num movimento amplo e ritmado e falar pausadamente e num tom suave, repetindo uma ou duas palavras como “A mamã está aqui” (Jacob, 2014).

APÊNDICE III – Objetivos definidos para o Estágio

OBJETIVOS GERAIS

1. Desenvolver competências específicas do EESCJ;
2. Desenvolver competências no âmbito da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, jovem família;
3. Promover o controlo adequado da dor na criança e jovem.

OBJETIVOS TRANSVERSAIS AOS DIFERENTES CAMPOS DE ESTÁGIO

1. Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional;
2. Refletir sobre aspetos do domínio da responsabilidade ético-legal dos cuidados de ESCJ;
3. Desenvolver competências de liderança e de gestão nos serviços de saúde;
4. Atualizar conhecimentos científicos na área da avaliação e controlo da dor em pediatria;
5. Desenvolver competências relacionais e técnicas no âmbito da avaliação e controlo da dor na criança, jovem e família;
6. Conhecer os métodos utilizados pela equipa de enfermagem na avaliação e controlo da dor da criança.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE CADA CAMPO DE ESTÁGIO

Consulta Externa de Pediatria	<ol style="list-style-type: none">1. Conhecer os dados recolhidos para elaboração da história da dor, no âmbito da preparação da criança e família para a cirurgia;2. Desenvolver competências na avaliação da dor na criança e jovem, com recurso a escalas de avaliação adequadas;3. Desenvolver competências em intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança;4. Compreender de que forma é realizado o controlo de qualidade dos cuidados de ESCJ.
--------------------------------------	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE CADA CAMPO DE ESTÁGIO	
Serviço de Internamento de Pediatria Cirúrgica/ Unidade de Queimados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver competências em intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança, submetida a procedimentos dolorosos; 2. Promover as competências parentais relacionadas com a dor na criança e jovem; 3. Promover o autocuidado e a autonomia da criança em idade escolar e adolescente.
Serviço de Urgência Pediátrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação da prestação de cuidados de enfermagem no atendimento à criança com dor na triagem; 2. Reconhecimento das intervenções farmacológicas e não farmacológicas indicadas para o controlo da dor em diferentes situações clínicas.
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a vinculação no RN doente ou com necessidades especiais; 2. Desenvolver competências em intervenções não farmacológicas adequadas ao RN.
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil no âmbito das consultas de vigilância; 2. Desenvolver competências em intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN, criança e jovem submetidos a procedimentos dolorosos (administração de vacinas, diagnóstico precoce).
Estágio em contexto de trabalho	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uniformizar a prática de cuidados de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança. 2. Integrar a história da dor da criança na avaliação inicial de enfermagem; 3. Identificar carências formativas na equipa de enfermagem e dificuldades de intervenção na avaliação e controlo da dor na criança, jovem e família; 4. Facilitar a aprendizagem dos enfermeiros no âmbito da avaliação e controlo da dor.

APÊNDICE IV – Reflexão crítica: IV Encontro de Benchmarking

REFLEXÃO CRÍTICA: IV ENCONTRO DE BENCHMARKING

O IV Encontro de Benchmarking, promovido pela MCEESIP da OE, pretendeu dar a conhecer as atividades de sucesso dos enfermeiros especialistas em ESCJ, nas várias áreas de atuação de enfermagem: Bem-estar e autocuidado, Promoção da saúde, Adaptação à condições de saúde, Prevenção de complicações, Satisfação da criança e jovem e Organização dos cuidados de enfermagem.

Assistir a este encontro enquadrou-se perfeitamente no contexto de estágio em que me encontrava – Consulta Externa de Pediatria, permitindo-me inteirar *a priori* do projeto no âmbito da Preparação da criança e família para a cirurgia, que observei diretamente na prática, posteriormente.

No âmbito da avaliação da dor na criança, foram vários os contributos obtidos, tais como: o conhecimento de um novo instrumento de avaliação da intensidade da dor na criança com multideficiência – FLACC-Revised/PT, que vem contribuir para uma adequada avaliação da dor, até então comprometida nestas crianças dada a inespecificidade dos comportamentos apresentados.

Também tive conhecimento de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem na prevenção e controlo da dor na criança, no qual os enfermeiros desenvolvem atividades completamente autónomas absolutamente determinantes, das quais destaco: a utilização dos instrumentos de avaliação da dor previamente determinados, a colheita da história da dor em todas as crianças e respetiva documentação na avaliação inicial e a importância da reavaliação da dor após a realização da intervenção autónoma ou interdependente.

Nos conteúdos abordados sobre a prevenção de complicações achei particularmente interessante o trabalho apresentado no âmbito do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância), o qual deixou bem patente o papel do EESCJ no âmbito da intervenção direcionada a crianças em situações de risco, que vai ao encontro do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESCJ.

Considero que a minha presença neste evento se encaixou perfeitamente nos objetivos que delineei inicialmente para o meu percurso formativo enquanto futura EESCJ, proporcionando-me novos conhecimentos que conduzem a práticas de excelência no cuidado da criança e do jovem, sensibilizando-me ainda para novas áreas de intervenção do EESCJ.

APÊNDICE V – Fornecimento de informação antecipatória na consulta de preparação da
criança, jovem e família para a cirurgia

FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO ANTECIPATÓRIA NA CONSULTA DE PREPARAÇÃO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA PARA A CIRURGIA

Temas de Entrevista	Descrição
▪ Jejum pré-operatório	6h (exceto RN e lactentes com aleitamento materno exclusivo).
▪ Higiene corporal e necessidade de retirar adornos e verniz.	Banho na véspera ou no próprio dia; retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos e <i>piercings</i>).
▪ Objetos pessoais para trazer para o hospital	Pijama, chinelos, meias, roupa interior; produtos de higiene oral; brinquedo preferido, livros, jogos; objeto(s) usado(s) para adormecer (chupeta, fralda, boneco,...).
▪ Permanência dos pais ou pessoa significativa	Os pais ou substitutos legais podem ficar junto da criança durante todo o internamento, exceto no período noturno definido em cada serviço, no qual apenas pode permanecer um dos acompanhantes. Os pais acompanham, inclusivamente, a criança na transferência para o BO (Bloco Operatório). No intraoperatório, os pais podem aguardar no serviço ou junto à entrada para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. No pós-operatório imediato, os pais permanecem junto da criança, devidamente fardados.
▪ Medicação pré-anestésica	Administração da medicação pré-anestésica, 20 a 30 minutos antes da transferência para o BO, exceto crianças mais pequenas (peso inferior a 10 kg); efeitos/vantagens da medicação (sonolência, amnésia); importância de manter a criança na cama com vigilância.
▪ Indução anestésica	Até 7A: via inalatória (com máscara facial); após 7A: via endovenosa.
▪ Reações e sensações possíveis ao acordar	Sonolência ou agitação/irritabilidade/ desorientação; sede; náuseas; mal-estar; dor.
▪ Controlo da dor no pós-operatório	No intraoperatório, é administrada medicação analgésica para prevenir a dor no pós-operatório imediato; cada criança tem direito à avaliação, prevenção e tratamento da dor no pós-operatório.
▪ Manipulação da criança no pós-operatório imediato	Os pais devem manter a calma e tranquilizar a criança, usando voz baixa e toque suave.

Temas de Entrevista	Descrição
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aparência física da criança/ jovem e meio envolvente. 	<p>Demonstração e manipulação do material hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para controlo da dor no pré-operatório será aplicado EMLA® no dorso da mão antes da punção venosa; - Para assegurar a hidratação e/ou analgesia, a criança apresentará soro, sistema de soro, cateter venoso periférico sem mandril e respetivo penso com <i>steri-strips</i> e tala de imobilização; - Para monitorização dos sinais vitais a criança apresentará elétrodos, braçadeira e oxímetro conectados a um monitor cardíaco. - No local de abordagem cirúrgica a criança apresentará um penso operatório (impermeável ou permeável), cuja localização anatómica pode ser assinalada em silhueta para o efeito. - No caso de uretroplastia, a criança apresentará sonda vesical e sistema de dupla fralda.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciação de líquidos após cirurgia 	<p>2h após cirurgia, dependendo do estado da criança – a confirmar pela enfermeira da unidade.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duração provável do internamento 	<p>Depende do médico, tipo de cirurgia e da autonomia da criança/jovem e cuidador relativamente aos cuidados necessários após a alta (os tempos apresentados são apenas uma referência)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hérnia inguinal – 1 dia (exceto RN que pernoitam); - Extração de material de osteossíntese – 1 dia; - Cirurgia urológica: hipospadias – 2 dias; síndrome de junção e refluxo vesico-ureteral – 3 a 5 dias; - Fenda palatina – 3 a 5 dias; - Fixadores externos – 3 dias.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação das fotografias/ vídeos sobre o circuito peri-operatório, com recurso a suporte informático. 	<p>Observação do percurso efetuado no dia da cirurgia desde a entrada principal, serviço onde será acolhido (unidade de intervenção ambulatoria, unidade de cirurgia pediátrica e serviço de Ortopedia e Neurocirurgia), incluindo BO e UCPA.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Data provável da primeira consulta após a cirurgia 	<p>Habitualmente, uma semana após a cirurgia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientações antecipatórias sobre cuidados a ter após alta hospitalar. 	<p>De acordo com o tipo de cirurgia: cuidados a ter com o penso, controlo da dor, entre outras identificadas.</p>

APÊNDICE VI – Guião de observação da prática de cuidados na consulta de preparação da
criança, jovem e família para a cirurgia

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS NA CONSULTA DE PREPARAÇÃO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA PARA A CIRURGIA

AVALIAÇÃO INICIAL – CONSULTA DE PRIMEIRA VEZ

Identificação da criança

Nome preferido; idade; data de nascimento; peso.

1. História de Saúde/Doença

- Antecedentes pessoais médicos;
- Terapêutica habitual;
- Internamentos anteriores;
- Experiências cirúrgicas anteriores;
- Contacto prévio com o hospital não relacionado com a própria criança (ex.: internamento de familiares)
- Alergias (medicamentosas e alimentares);
- Vigilância de Saúde (Sistema/Subsistema de saúde/instituição; enfermeiro de família; médico de família; pediatra particular);
- Programa Nacional de Vacinação.

2. Situação Atual

- Quem acompanha (tutela);
- Motivo de cirurgia;
- Data da cirurgia;
- Objeto significativo/preferido (brinquedo, jogo, outro).

3. Atividades de vida diária/hábitos da criança

- Comunicação/Temperamento:
 - Diferentes tipos de choro; linguagem; birras; brincadeira.
 - Alimentação:
 - Aleitamento materno e/ou artificial;
 - Alimentação diversificada (fruta; papa; refeições diárias,...);
 - Hora da última refeição do dia (importância de evitar um jejum prolongado);
 - Introdução de alimentos novos até à cirurgia.
 - Cuidados de higiene:
 - Banho diário; corte de unhas; higiene oral.
 - Hábitos de sono e repouso:
 - Rituais da hora de deitar; objeto usado para adormecer (chupeta, fralda de pano, boneco).
-

3. Atividades de vida diária/hábitos da criança

- Hábitos intestinais e cólicas:
 - Características e frequência das fezes;
 - Necessidade de estimulação com cânula de microclister; massagem abdominal.
- Controle da temperatura corporal:
 - Febre; antipiréticos já administrados (paracetamol, ibuprofeno).
- Trabalho e diversão:
 - Com quem fica durante o dia (infantário, mãe, pai, avós ou outro);
 - Escolaridade – ano, necessidade de ensino especial;
 - Prática desportiva;
 - Outros interesses da criança/adolescente.

4. História de Dor - Colheita de informação que permite orientar a avaliação e o controlo da dor. Em crianças até aos 6 anos de idade, as perguntas são dirigidas aos pais/ acompanhantes. A partir desta idade, a entrevista é realizada à própria criança/ adolescente e aos pais/acompanhantes. Informação a pesquisar:

- Características da dor – localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados;
- Fatores de alívio e de agravamento – o que fazem os pais e as crianças/adolescentes para aliviar a dor;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Formas de comunicação/manifestação de dor apresentadas habitualmente
- Experiências anteriores traumatizantes e medos
- Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- Efeitos da dor na vida diária;
- Impacto emocional e socioeconómico.

Questões dirigidas à criança/adolescente:

- *Conta-me o que é a dor/o que é para ti ter dor?*
- *Conta-me acerca de experiências de dor que já tenhas tido*
(treino da escala de avaliação da intensidade da dor, com recurso a imagem própria)
- *Contas a outros quando tens dor? Se sim, a quem?*
- *O que é que queres que os outros façam quando tens dor?*
- *Qual a situação mais dolorosa que já viveste?*

Questões dirigidas à família/acompanhante:

- *Como identifica a dor do seu filho?*
 - *Como é que o seu filho reage habitualmente à dor?*
 - *Que palavras usa o seu filho em relação à dor?*
 - *Descreva as experiências de dor que o seu filho tenha tido anteriormente.*
 - *O seu filho conta-lhe, ou a outros, quando está com dor?*
 - *O que é que faz pelo seu filho quando ele está com dor?*
-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Grupo de Trabalho Contra a Dor – Circular informativa N° 220. 2010. Procedimento Multisectorial – Avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital. Acessível no Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS

APÊNDICE VII – Reflexão crítica: sedação vigil na Consulta Externa de Pediatria

REFLEXÃO CRÍTICA:

SEDAÇÃO VIGIL NA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

No dia 17/10/2013, prestava cuidados de enfermagem na sala de pensos, no âmbito da consulta de queimados, em colaboração com duas enfermeiras especialistas em ESCJ.

O R. é uma criança de 3A, com 16 kg de peso, que foi submetido a plastia cirúrgica por bridas na região cervical anterior, no dia 7/10, encontrando-se no 10º dia de pós-operatório. Tinha indicação médica para remoção de pontos de sutura alternados, no momento, e regressar, no dia seguinte, para remoção dos restantes.

À entrada na sala de pensos, apresentava-se aparentemente calmo, ao colo da mãe. Quando a mãe o deitou na marquesa, este ficou muito ansioso, agitado e descontrolado. Aplicámos intervenções não farmacológicas para o controlo da dor como a técnica de distração (através do diálogo e do brincar terapêutico com a quinta pedagógica) e intervenções emocionais com ensino à mãe para presença de qualidade (toque, colo e sem reprimir a criança). No entanto, não obtivemos o efeito pretendido, já que necessitaríamos de manter o R. distraído e calmo, durante um longo período, para realização do procedimento.

Inicialmente, senti-me frustrada por não conseguir intervir eficazmente no controlo da dor desta criança, mas ao explorar melhor a situação, percebi que a reação intempestiva e aparentemente inexplicável do R., foi provocada por experiências anteriores muito negativas que nós, profissionais de saúde, por mais que pretendêssemos, já não conseguíamos modificar. A mãe informou-nos sobre as experiências dolorosas anteriores do R. em que o controlo da dor não foi realizado eficazmente: com coerção física e sem qualquer tipo de sedação ou analgesia. Esta vivência ficará sempre na minha memória e, quando realizar um procedimento doloroso a uma criança, vou esforçar-me para evitar desfechos semelhantes aos do R.

A literatura diz-nos que o significado que a criança atribui à dor está relacionada com experiências passadas que afetam a sua perceção dolorosa. Assim, uma criança com experiências dolorosas negativas anteriores, nas quais o controlo da dor não foi adequado, leva a que, posteriormente, esta apresente dor mais intensa perante um estímulo doloroso (p. ex. a simples remoção do penso adesivo), mesmo quando adotadas medidas de alívio eficazes (Batalha, 2010). A própria mãe aparentava estar desesperançada e ansiosa, referindo que a criança tem reagido assim, deixando transparecer o sofrimento pelo qual tem passado sempre que é necessário regressar à consulta externa para realização de penso.

Perante a avaliação da situação, foi consensual entre os elementos da equipa de enfermagem que o melhor para o R. seria realizar o procedimento sob sedação vigil, para além da aplicação do EMLA[®], o que foi sugerido ao médico anestesista que concordou. A tomada de decisão teve como prioridade o interesse superior da criança em todas as ações e decisões que lhe digam respeito, tal como é defendido pela Convenção dos Direitos da Criança (D.R., 1990). Tomada a decisão, articulámos com a médica anestesista que felizmente é especialmente sensível ao controlo da dor na criança e se disponibiliza para efetuar este tipo de prescrição, sempre que solicitada. Apesar das orientações técnicas da DGS publicadas em dezembro de 2012, neste hospital ainda não está aprovado o Protocolo de Sedação Vigil, o que limita a autonomia da equipa de enfermagem, no campo das intervenções interdependentes dos enfermeiros (REPE Art.º 9).

A criança reunia os requisitos essenciais à realização do procedimento (jejum de 6h, peso superior a 10 kg e ausência de contraindicações), no entanto as condições físicas não o permitiram naquele momento, pelo que foi combinado com a mãe realizá-lo no dia seguinte. No sentido de preparar a criança e a mãe para o procedimento, fornecemos informação antecipatória sobre o mesmo, com explicações simples e claras sobre o que é a sedação vigil, vantagens, fases do procedimento, bem como os cuidados a ter após o mesmo. O R. compreendeu que voltaria no dia seguinte e traria a sua camisola do “Faísca”, que poderia vestir após o procedimento, tendo-se assim em consideração a opinião e a vontade da criança. Por outro lado, a mãe teve oportunidade para esclarecer as suas dúvidas e refletir sobre a informação fornecida. Esta, foi ainda complementada com a entrega de folheto informativo: “O que precisa saber sobre... Sedação Vigil” (Monteiro, Ornelas, e Nóbrega, 2009).

No dia seguinte, o R., a mãe e o avô compareceram à consulta como combinado. Foi realizado o acolhimento num gabinete reservado para o efeito, com um ambiente adequado com pouca luminosidade e sem ruídos. Inicialmente procedeu-se à confirmação do jejum necessário para realização do procedimento, aplicação de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, do tipo cognitivo, através da distração com leitura de histórias contadas pela mãe e permanência do brinquedo favorito (o “faísca”), com efeito (MCEESI, 2013); avaliação de sinais vitais e saturação de oxigénio; preparação e administração dos fármacos sedativos e analgésicos, nomeadamente a “Mistura E” (constituída por midazolam, droperidol e manipulado com sacarose, preparado nos serviços farmacêuticos); analgésicos (paracetamol e tramadol, PO), conforme prescrição médica; remoção do penso e aplicação do EMLA[®] a nível da sutura cirúrgica. Enquanto se aguardava pelo início de ação da terapêutica

farmacológica (aproximadamente 40 minutos), o R. manteve-se calmo, a ouvir as histórias contadas pela mãe e a ver os livros oferecidos.

Durante o procedimento, a criança apresentou períodos de agitação psico-motora e foi necessário aplicar a técnica calmante de relaxamento simples, ensinando a mãe sobre presença de qualidade: segurar a criança numa posição confortável, repetir frases calmantes como “a mamã está aqui”, falando e cantando num tom suave. As técnicas utilizadas foram eficazes, conseguindo-se executar a extração de todos os pontos, sem ser necessário submeter o R. a nova intervenção cirúrgica, com todas as consequências nefastas sobre a sua saúde e bem-estar. Assim, agimos na defesa dos direitos da criança hospitalizada, Art.º 1 “A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (IAC, 2008).

Revendo as intervenções realizadas, compreendemos que as medidas farmacológicas são fundamentais, no entanto só se revelam eficazes quando complementadas com intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, nas quais EESCJ desempenha um papel de relevo. O EESCJ “garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e, em simultâneo, “aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento n.º 123/2011, D.R., 2.ª série, p. 8655).

No âmbito de uma prática especializada em ESCJ, o enfermeiro só conseguirá responder ao fenómeno dor na sua vertente multidimensional, se aos conhecimentos sobre farmacologia, desenvolver uma consciência perfeita e profunda sobre este conjunto de medidas não farmacológicas. Só assim é possível reduzir as agressões físicas e emocionais e a dor ao mínimo, evitando assim traumas psicológicos que afetam o crescimento e o desenvolvimento das crianças e as afastam dos cuidados de saúde no futuro (MCEESIP, 2013; IAC, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lousã: Lidel.

Decreto do Presidente da República n.º 49/90, de 12 de Setembro (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança. Diário da República, I Série A, n.º 211/90. 3738.

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª edição. Acedido a 20-10-2013. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>

MCEESIP (2013). Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série I – Numero 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Monteiro, A.; Ornelas, I.; Nóbrega, L. (2009). O que precisa saber sobre... Sedação Vigil. Informação para a família. Centro Hospitalar de Lisboa Central: Grupo de Trabalho Contra a Dor.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.

Santos, E., Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência* (11) 59-62.

APÊNDICE VIII – Proposta de questionário no âmbito da avaliação e controlo da dor

Para responder às questões fechadas coloque “X” e às abertas preencha os espaços em branco.

Idade: _____ (anos completos)

Experiência profissional: _____ (anos completos)

Experiência na área de Pediatria: _____ (anos completos)

Formação académica: _____

Grupo I – Avaliação da dor na criança

1. Recolhe informação sobre a história da dor da criança?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

1.1. Se respondeu “Nunca” ou “Algumas vezes”, justifique assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m):

Desconhecimento do que é a história da dor ☐

Dúvidas sobre a sua utilidade ☐

Falta de tempo ☐

Outra ☐ Qual? _____

2. Da lista apresentada abaixo, assinale com uma cruz as escalas de avaliação da intensidade da dor que reconhece:

FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) ☐

FLACC-R/PT (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*) ☐

NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) ☐

Escala de faces de *Wong-Baker* ☐

EVA (*Escala Visual Analógica*) ☐

EN (*Escala Numérica*) ☐

PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) ☐

FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) ☐

DESS (*Doleur Enfant San Salvador*) ☐

OPS (*Objective Pain Scale*) ☐

2.1. Utiliza algum destes instrumentos de avaliação da intensidade da dor?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu “Não”, avance para o “Grupo II”

Se respondeu “Sim”, responda às alíneas que se seguem.

2.2. Privilegia a autoavaliação da dor a partir de que idade?

3-4 anos ☐ 5-6 anos ☐ 7-8 anos ☐

2.2.1 Justifique a sua resposta.

2.3. Avalia e regista a intensidade da dor da criança pelo menos uma vez por turno?

Sim ☐ Não ☐

2.3.1. Se respondeu “Não”, justifique.

2.4. Avalia a dor da criança antes da administração do analgésico?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.5. Reavalia a dor da criança após a administração do analgésico?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.6. Avalia a dor da criança durante o procedimento doloroso?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.7. Reavalia a dor da criança após o procedimento doloroso?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.8. Regista as características da dor da criança que avalia?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

Grupo II – Intervenções farmacológicas no controlo da dor na criança

1. Espera que a criança e/ou família refira/m dor para administrar o analgésico prescrito?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2. Conhece o procedimento de enfermagem “Aplicação de EMLA” do Hospital X?

Não ☐ Sim ☐

2.1. Se respondeu “Sim”, garante à criança o seu cumprimento?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

3. Defende o interesse superior da criança na realização de procedimentos dolorosos, relativamente às intervenções farmacológicas no controlo da dor da criança não protocoladas e não prescritas ou prescritas em dose insuficiente?

Não ☐ Sim ☐

3.1. Se respondeu “Sim”, justifique, exemplificando.

Grupo III – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor da criança

1. Conhece o procedimento de enfermagem “Cuidados de enfermagem na administração de sucrose oral ao recém-nascido e lactente” do Hospital X?

Não ☐ Sim ☐

2.1. Se respondeu “Sim”, garante à criança o seu cumprimento?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2. Da lista apresentada assinala as intervenções não farmacológicas no controlo da dor que reconhece:

Imaginação guiada (ex.: pensar num lugar especial...): ☐

Aplicação de calor/frio ☐

Informação antecipatória (ex.: explicar à criança e família as etapas do procedimento a realizar ☐

Técnica de distração (ex.: brincadeira livre ou lúdica, musicoterapia) ☐

Reforço positivo (ex.: diploma de bom comportamento) ☐

Sucção não nutritiva (ex.: chucha) ☐

Simulação ou Modelação (ex.: teatro com antecipação do procedimento real) ☐

Posicionamento ☐

Relaxamento muscular/ Exercícios Respiratórios ☐

Toque terapêutico ☐

Concentração das manipulações ☐

3. Sente dificuldade em selecionar as intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança, de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento?

Nenhuma ☐ Pouca ☐ Alguma ☐ Muita ☐

4. Utiliza este tipo de estratégias não farmacológicas na sua prática profissional?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

4.1. Se respondeu “Nunca” ou “Algumas vezes” justifique, assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m):

Desconhecimento sobre as estratégias existentes ☐

Desconhecimento sobre brinquedos/jogos/livros adequados à idade da criança ☐

Falta de tempo ☐

Dúvidas sobre a sua eficácia ☐

Outra ☐ Qual? _____

5. Das estratégias não farmacológicas que conhece, mencione aquelas que utiliza mais frequentemente na sua prática profissional.

Grupo IV – Promoção da parentalidade no controlo da dor da criança

1. Valoriza os conhecimentos e habilidades dos pais/ pessoas significativas no que respeita a/ao:

1.1. Comportamento da criança quando tem dor (ex.: choro, isolamento, apatia,...)?

Sim ☐ Não ☐

1.2. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ex.: chucha, colo, isolamento, distração com música, desenho, banho relaxante,...)?

Sim ☐ Não ☐

1.3. Fatores de agravamento da dor na criança (ex.: barulho, pessoas desconhecidas,...)?

Sim ☐ Não ☐

Grupo V

1. Para terminar, considera que os cuidados prestados à criança com dor e família no seu serviço contribuem para que o Hospital X seja considerado um “Hospital Sem Dor”?

Sim ☐ Não ☐

2. O que sugere para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança com dor e família no seu serviço?

APÊNDICE IX – Experiências de estágio em que se utilizaram estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na criança hospitalizada

A fundamentação das estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança aplicadas nas várias experiências de estágio apresentadas pode consultar-se no capítulo II do presente relatório.

A. “Carlitos” – 5A – Peso=18,2Kg – queimadura nos membros inferiores

O Carlitos sofreu queimadura grave, com óleo quente, nos membros inferiores e estava internado há aproximadamente um mês, tendo sido submetido a sucessivas cirurgias para enxerto de pele na área afetada (face lateral do 1/2 proximal da coxa direita) e a várias experiências dolorosas, nomeadamente a execução dos pensos.

Antes da realização do penso, procedeu-se à administração dos analgésicos prescritos, por via oral (a menos invasiva), aguardando-se o devido efeito, e aplicou-se a técnica de distração comportamental, promovendo-se a atividade física da criança através da dança com musicoterapia. Durante a realização do penso, não foi possível a presença da pessoa significativa (os familiares estiveram ausentes durante a maior parte do internamento), no entanto, houve a preocupação de atribuir o “Carlitos” a uma enfermeira de referência, com a qual já havia estabelecido uma boa relação no internamento. Esta colega ficou assim responsável por aplicar as intervenções não farmacológicas para o controlo da dor, nomeadamente: a técnica de distração, com visualização de filmes e jogos no telemóvel e a técnica de imaginação guiada, que surtiram efeito por períodos, enquanto foi executado o penso por outra profissional.

Na avaliação da intensidade da dor, o “Carlitos” demonstrou não compreender a escala de faces de *Wong-Baker* após os vários treinos realizados em momentos de “não stress”, sendo incapaz de mencionar a dor que sentiu quando se queimou, quando fez o penso pela última vez ou em outras situações dolorosas, externas ao hospital. Esta dificuldade apresentada pela criança na autoavaliação da dor obrigou à aplicação da escala de heteroavaliação FLACC para avaliar a dor. Foi atribuída uma pontuação de 2-0 (durante o procedimento doloroso e 5 minutos após o procedimento doloroso, respetivamente).

Procedeu-se aos registos das intervenções realizadas, incluindo a avaliação da dor durante e após o procedimento doloroso, e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor e seu efeito. Uma vez que estas foram eficazes, mantem-se o plano de atuação em procedimentos futuros, com a preocupação de combinar a presença da mãe no próximo procedimento.

B. Bruno – 12A – Peso= 55,8 Kg – queimadura na face, região cervical e tronco

O Bruno sofreu queimadura com fogo direto (incendiou frasco de acetona) na hemiface direita, lábios, região submandibular, pavilhão auricular à direita, região cervical, região anterior do tronco e região axilar à direita.

O Bruno conhece o funcionamento da escala numérica que tem aplicado durante o internamento. Na história da dor, o Bruno refere as seguintes experiências dolorosas: inserção do acesso venoso periférico (dor de intensidade 5), “quando rasgou a boca” (dor de intensidade 10), cefaleias (dor de intensidade 7); realização do penso anterior (dor de intensidade 5).

Antes da realização do penso, procedeu-se à administração do sedativo e analgésico nas doses prescritas. Realizou-se ensino sobre autocontrolo da dor, sugerindo-se a adoção de estratégias para diminuir a ansiedade e promover o relaxamento, nomeadamente trazer o seu leitor de música – musicoterapia, e concentrar-se em “coisas boas” como jogar futebol (o seu desporto favorito) ao ar livre, num dia de céu azul.

Durante a realização do penso (com desbridamento da ferida) o Bruno aplicou as intervenções sugeridas, que surtiram algum efeito, uma vez que o Bruno conseguiu concentrar a sua atenção em aspetos positivos. No entanto, o Bruno continuou a referir uma dor de intensidade 5 durante a realização deste procedimento. Após 5 minutos do procedimento o Bruno referiu dor de intensidade 2. Procedeu-se aos respetivos registos de todas as intervenções realizadas. Sugeriu-se revisão da terapêutica prescrita na realização do próximo penso e a adoção de medidas não farmacológicas complementares como a distração comportamental, antes do procedimento (p. ex. exercícios de relaxamento envolvendo a cabeça, tronco e braços).

C. Cristiano – 5A – Peso= 19,7 Kg – Preparação para a cirurgia

O “Cris” (nome preferido) foi transferido do serviço de urgência, com diagnóstico de apendicite. Permaneceu no internamento durante 2h para cumprir jejum pré-operatório, para ser submetido a apendicectomia. Não apresenta experiências cirúrgicas anteriores.

No acolhimento desta criança, foi realizada história da dor, recorrendo-se ao treino e aplicação da escala de faces de *Wong-Baker*. O Cris refere-se à dor utilizando a linguagem específica “dói-dói”. Lembra-se das seguintes experiências dolorosas: dor nas pernas (dor de crescimento), na mão (inserção de acesso venoso periférico), barriga (apendicite) e dedo

(“picada de agulha”), atribuindo as respetivas pontuações de intensidade de dor: 10, 6, 6 e 4. No momento da entrevista, o Cris referiu dor 0, encontrando-se deitado na cama numa posição confortável, sob o efeito do paracetamol, administrado no serviço de urgência. Quando tem dor, o pai refere que o Cris chora quando a dor é muito forte e leva a mão, com frequência, ao local doloroso, no entanto, nem sempre comunica verbalmente a dor com medo de o levarem ao hospital; a presença de pessoas desconhecidas e o barulho, contribuem para aumentar o seu desconforto. O que contribui para aliviar a sua dor é a presença das pessoas significativas (pais), a massagem com creme hidratante e a distração através da visualização de televisão (gosta dos canais *Panda* e *Disney*). A nível farmacológico, os pais administram Paracetamol, *per os* (xarope), 300 mg, 8/8h e ibuprofeno, *per os* (xarope), 140 mg, 8/8 h. O “Cris” gosta de ingerir o xarope, por colher.

Procedeu-se ao fornecimento de informação antecipatória do tipo sensorial e de procedimento, tendo em conta os medos mais frequentes para a sua idade. Promoveu-se o contacto com os vários objetos hospitalares, completamente desconhecidos para o Cris (máscara, touca, braçadeira, elétrodos/ “autocolantes”, penso), tendo-se a preocupação de mencionar a presença dos pais quando acordasse do “sono especial” e a localização do penso cirúrgico, que iria cobrir um “risquinho na pele”, devido ao medo da separação dos pais e do dano corporal.

D. João 7 meses – Peso= 9,8 Kg – queimadura nos membros inferiores

O João sofreu queimadura de 2º grau por derrame inadvertido de café quente nos membros inferiores (área de superfície queimada de 3%), quando estava ao cuidado da avó materna. A queimadura apresentava dois dias de evolução, tendo indicação médica para refazer penso no serviço com administração de paracetamol e tramadol, no entanto a avó referiu que a realização do primeiro penso foi uma situação muito difícil e perturbadora devido à agitação do lactente. No sentido de defender o superior interesse da criança e família, contactou-se o cirurgião, no sentido de realizar revisão terapêutica, tendo adicionado à prescrição diazepam (via retal). Procedeu-se à administração da terapêutica respeitando-se os tempos de início e duração de ação, e à preparação da sala de pensos de modo a assegurar um ambiente apropriado em termos de luz, ruído e temperatura e sem interrupções. Durante a realização do penso, promoveu-se a presença da pessoa significativa (suporte emocional) e a exercícios de relaxamento ativo, realizando-se ensino à avó no sentido se aproximar e acariciar o João e falar pausadamente e num tom suave, repetindo algumas palavras como “A

avó está aqui”. Procedeu-se, também, à técnica de distração, cantando canções de embalar. As intervenções desenvolvidas surtiram efeito por períodos, registando-se a pontuação máxima durante o procedimento doloroso de 4 na escala FLACC e 5 minutos após o procedimento, a dor foi avaliada em 1. De acordo com a avó, a realização deste penso “correu melhor”. Foi reforçada a importância da sua presença durante o procedimento. Procedeu-se aos registos de todas as intervenções realizadas e sugeriu-se manter as medidas adotadas.

E. Tiago – 8A– inserção de acesso venoso periférico

O Tiago foi submetido a apendicectomia, encontrando-se no 2º dia de pós-operatório. O acesso venoso periférico não se encontrava permeável, sendo necessário repuncionar, uma vez que o Tiago necessitava de continuar a antibioterapia, por via endovenosa.

O Tiago não conhecia o funcionamento da escala de autoavaliação da intensidade da dor, pelo que se procedeu ao seu treino, utilizando-se a escala numérica.

Antes do procedimento doloroso, procedeu-se ao fornecimento de informação antecipatória explicando-lhe que se iria colocar um “tubinho” para “dar o remédio debaixo da pele” e, para esse efeito, antes se colocaria um penso para adormecer a pele. Assim, aplicou-se EMLA no dorso da mão e sangradouro à esquerda e aguardou-se o devido tempo de início de ação. Durante este período, propôs-se fazer um jogo de relaxamento criativo, nomeadamente o jogo de “não me importa”, que o Tiago achou muito engraçado, aderindo eficazmente. Proporcionou-se, ainda, a oportunidade de observar um adolescente a ser submetido ao mesmo procedimento - simulação. O Tiago aceitou a proposta e assistiu ao procedimento. Durante a demonstração, foi-lhe explicado que se mantivesse o braço quieto, como aquele menino não havia razão para estar assustado e que poderia ajudar respirar como a enfermeira lhe dissesse.

Durante o procedimento, o Tiago preferiu sentar-se na cadeira, tal como tinha observado e quis que a mãe estivesse ao pé dele. Manteve o seu braço quieto e aderiu eficazmente aos exercícios de respiração diafragmática sugeridos. Na autoavaliação da intensidade da dor com escala numérica refere dor 1-0 (durante o procedimento doloroso e 5 minutos após o procedimento doloroso, respetivamente). Realizaram-se os respetivos registos no processo clínico da criança.

APÊNDICE X – Estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor na
criança com drepanocitose

ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA COM DREPANOCITOSE

ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES			ANALGÉSICOS OPIÓIDES			ADJUVANTES	
	Paracetamol	Ibuprofeno	Cetorolac	Tramadol	Morfina	Fentanilo	
Posologia (mg/kg/dose)	PO/PR: 10 a 20 mg/kg/dose IV: 10 a 15 mg/kg/dose (max.: 1gr/dose)	4 a 10 mg/kg/dose (max.: 600mg/ dose)	IV: 0,5 mg/kg/dose (max.: 30 mg/dose)	PO/SL/IV: 1 a 2 mg/kg/dose (max: 50 a 100 mg/dose)	0,05 a 0,2 mg/kg/dose (max.: 10 mg/dose)	IV: 0,5-1 mcg/kg/dose (máx. 50-200 mcg/dose)	Laxantes; Antieméticos; ...
Início de ação	30' a 60'	60' a 90'	10'	Variável (conforme via de administração)	5'	Imediato	
Indicações	Dor leve a moderada (se necessário associar opióides fracos)			Dor intensa a máxima			

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA COM DREPANOCITOSE

- Métodos físicos: aplicação de calor local e massagem terapêutica;
- Garantir o conforto da criança (posicionamento, sono e repouso, dieta adequada,...);
- Intervenções emocionais (p. ex. promoção da presença da pessoa significativa);
- Intervenções ambientais: otimização das condições ambientais no que respeita à temperatura, luz, ruído, mobiliário e decoração);
- Intervenções cognitivas (p. ex. técnica de distração e permanência do brinquedo favorito);
- Intervenções cognitivo-comportamentais (p. ex. imaginação guiada).

Outras terapias não farmacológicas

- Manter hidratação adequada;
- Manter um diário de dieta, atividades ou fatores stressantes, que ajuda a identificar fatores desencadeantes das crises dolorosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS.

Tanabe P.; Todds, K. H. (2010). Dor na Anemia Falciforme. In: KOPF, A.; PATEL, N. B. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: International Association for the Study of Pain. p. 65 -77.

APÊNDICE XI – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor e desconforto no
RNPT

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR E DESCONFORTO NO RNPT

A. Assegurar um ambiente tranquilo

Assegurar um ambiente tranquilo para o RNPT compreende estratégias simples mas determinantes para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do RNPT internado na UCIN. Durante a prestação de cuidados ao RN tive a preocupação de intervir no ambiente, eliminando a produção de ruídos desnecessários como conversas num tom alto, risos, telemóveis, rádios, água do circuito do respirador; manusear cuidadosamente o material, particularmente no abrir e fechar das portas da unidade e da incubadora, fechar gavetas e tampas de lixo, não arrastar cadeiras, diminuição dos alarmes sonoros dos monitores; cobrir as incubadoras com mantas espessas para reduzir o impacto sonoro de pancadas acidentais na incubadora, entre outras ações.

Está provado cientificamente que a exposição do RNPT a elevados níveis de ruído pode provocar alteração da frequência cardíaca, aumento da tensão arterial, diminuição da saturação de oxigénio e apneia, aumento da pressão intracraniana e lesão coclear provocada pelo ruído aliado ao uso simultâneo de medicamentos ototóxicos (Bremmer, Byers e Keihl, 2003; American Academy of Pediatrics, 1997). Elevados níveis de ruído dificultam ainda a manutenção dos estados de sono, essenciais para o adequado desenvolvimento do sistema nervoso central, e parecem causar problemas relacionados com a linguagem e aprendizagem (Santos, 2010). De forma a controlar a incidência de luzes fortes sobre o RN, fator stressante para o mesmo, eram utilizadas fontes de iluminação individualizada com reguladores de intensidade e foco para realizar procedimentos.

B. Agrupamento de cuidados

O planeamento dos cuidados ao RNPT era orientado pelas reais necessidades do RN e não de forma rotineira. A equipa multidisciplinar conhecia o plano de cuidados, havendo a preocupação de concentrar as manipulações (cuidados de enfermagem, observação médica, interação com os pais), agrupando os cuidados a realizar.

Para além destes aspetos, os cuidados eram planeados no respeito pelos ciclos de sono do RN, e os procedimentos eram realizados de acordo com o comportamento (expressão facial, agitação corporal, qualidade do sono,...) e as alterações fisiológicas observadas, de forma a mantê-lo hemodinamicamente estável e organizado, evitando momentos stressantes de dispêndio de energia desnecessários. Santos (2011) refere que após cada procedimento deve ser proporcionado ao RN um período mínimo de 60 minutos de tranquilidade, sem que este seja manuseado ou estimulado. Estas informações eram transmitidas aos pais, de forma a reforçar a importância da coordenação dos cuidados com os profissionais de saúde.

Antes da realização de qualquer procedimento, reuníamos as condições ambientais necessárias, planeando meticulosamente o procedimento e prevendo todo o material que iríamos precisar de forma a evitar interrupções durante o procedimento. Durante os cuidados ao RN, procedíamos à estimulação auditiva (voz suave), tátil (contacto palmar) e visual (contacto ocular). Com o intuito de promover o desenvolvimento do RN e a interação com os pais, estes também eram incentivados a tocar e a falar com o seu bebé, sempre que possível e no respeito pela sua vontade.

C. Posicionamento adequado

Manter o posicionamento adequado do RNPT é uma estratégia essencial para assegurar a organização comportamental do mesmo e a sua estabilidade hemodinâmica. O RNPT realiza tentativas repetidas, ainda que mal sucedidas, de obter limites abrindo os membros superiores e estendendo os membros inferiores. Estes esforços motores repetidos podem debilitar o RN, que possui um suprimento limitado de energia. Os cuidados posturais têm a finalidade de minimizar este gasto energético, proporcionando um equilíbrio entre a flexão e a extensão (Silva, 2005, citado por Santos, 2010).

Observando a prestação de cuidados pelo EESCJ aprendi algumas técnicas de posicionamento que respeitam os princípios referidos anteriormente. Compreendi que o RNPT beneficia de posturas flexoras (posição fetal) com alinhamento da cabeça com o corpo e membros junto ao mesmo, com aproximação das mãos à boca. Para esse efeito, é necessário conter os RN em ninhos feitos de rolos de posicionamento e lençóis que mantenham o corpo do RN contido, incluindo os membros. O ideal seria que o RN nos dissesse qual a posição em que se sente mais confortável, como tal não é possível, é necessário observá-lo atentamente. De acordo com Hiniker e Moreno (s.d.), o bebé bem organizado geralmente apresenta bom

tónus muscular, mantendo flexão dos membros em proximidade ao corpo (junção de mãos e pés) durante o repouso e quando manuseado demonstra movimentos suaves e bem modulados. Santos (2011) acrescenta que a posição ideal é a lateral, respeitando-se as necessidades clínicas do RN.

D. Oportunidades de contacto pele-a-pele

A privação de estímulos a que os RNPT internados na UCIN se encontram sujeitos representa um importante obstáculo ao seu desenvolvimento. O método canguru é um elemento fundamental dos cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT ao contrariar esta estimulação inadequada imposta pelo internamento na UCIN. O método canguru promove o contacto pele a pele com a mãe ou pai, desde que o RN apesente condições clínicas estáveis. O RN apenas de fralda é colocado na posição vertical, sobre o corpo da mãe/pai, na região torácica, sendo então envolto por uma faixa de tecido. O RN permanece junto à mãe ou pai, como se estivesse numa bolsa semelhante à de um canguru (Santos, 2011; Freitas e Camargo, 2006).

O contacto pele-a-pele apresenta diversas vantagens, nomeadamente: estimula o ganho ponderal através da manutenção da temperatura adequada e da promoção do aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; auxilia na estabilização dos parâmetros fisiológicos; atenua a resposta comportamental e fisiológica à dor e ao stress neonatal; favorece a estimulação sensorial adequada do RN; protege o RN da estimulação nociva da UCIN ajudando inicialmente no sono e, posteriormente, na atenção dirigida à mãe; reduz o tempo de separação pais-RN, fomentando o fortalecimento do vínculo afetivo; promove o desenvolvimento de competências e confiança no cuidado parental, mesmo após a alta hospitalar (Santos, 2011; Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

Conhecendo bem este método na teoria, tive a maravilhosa oportunidade de observar na prática este método num RNPT hemodinamicamente estável e as suas vantagens a curto prazo, designadamente a diminuição do choro, a estabilização dos parâmetros fisiológicos e a plena satisfação da mãe na interação íntima com o seu filho. O método canguru é uma excelente intervenção que o enfermeiro pode implementar para promover o contacto físico pais/RN, fomentando a vinculação.

E. Conforto para a família

O processo de transição para a parentalidade constitui um momento de crise para os novos pais, agravando-se quando associado a doença e internamento do RN (Beirão et al, 2014). Cientes do impacto que este acontecimento pode ter na estrutura familiar nomeadamente na rotura precoce da relação pais/bebé e na adaptação ao papel parental, os pais foram envolvidos em todo o processo de cuidar do RN.

O acolhimento à família era realizado da forma o mais calorosa possível, de forma a reduzir a sua ansiedade e iniciar uma relação terapêutica assente na confiança mútua. No relacionamento com os pais demonstrávamos disponibilidade para os escutar ativamente permitindo a expressão dos seus sentimentos que muitas vezes eram de desespero, impotência e desilusão. Facilitar a presença dos pais e a sua participação ativa nos cuidados foi uma preocupação constante, de forma a promover a vinculação e a confiança no seu papel parental bem como o sentimento de serem os principais cuidadores do RN. Os pais eram assim incentivados a tocar no seu bebé e a prestarem os cuidados de higiene e conforto, com respeito pelo seu desejo e habilidades.

A preservação do vínculo familiar, ainda quando silenciosa e discreta, é parte fundamental na vida do RN (Tavares, 2008). De acordo com Casey (1988), “para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor”, assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar (Mano, 2002).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997). Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. *Pediatrics*, 100 (4), 724 – 727.
- Beirão, C. et al (2014). **Dia da Criança...Considerações sobre um caso de Prematuridade e Doença Crônica**. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/Paginas/default.aspx> Acedido a:18/07/14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2011) – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-peso – Método do Canguru – Manual Técnico – 2ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. ISBN 978-85-334-1782-3
- Bremmer, P.; Byers J.; Keihl E. (2003) Noise and the premature infant: Physiological effects and practical implications. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 447–454.
- Freitas, J.O.; Camargo, C.L. (2006). Discutindo o cuidado ao recém-nascido e sua família no Método Mãe-Canguru. *Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16 (2), 88-95.
- Hiniker, P. K.; Moreno, L. A. (s.d.). Cuidados voltados para o desenvolvimento.
- Mano, M.J. (2001). Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência*, (8), 53-61.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, (20) 1, 26-31.
- Tavares, L.A. (2008). Uma Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro. Rio de Janeiro: Diagraphic.

APÊNDICE XII – Folheto informativo: “Ajudar o seu bebé a crescer e a desenvolver-se na
UCIN”

O seu bem-estar psíquico e emocional também nos preocupa, por isso:

Não guarde as suas preocupações, receios ou dúvidas. A equipa de saúde está disponível para o escutar e esclarecer.

Lembre-se que a sua permanência na UCIN é temporária e, em breve, cuidará do seu bebé em casa. Mas, não se preocupe, não estará sozinha(o)!

Se sentir necessidade, contacte com a equipa de enfermagem:

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
21x xxx xxx Ext. 11155

Autora: Enf.ª Mariana Ferreira, Aluna de
Enfermagem 4º CMESIP—ESEL
Orientada por: Enf.ª Hugo Pécurto, Especialista em ESCJ

AJUDAR O SEU BEBÉ A CRESCER E A DESENVOLVER-SE NA UCIN



INFORMAÇÃO AOS PAIS

Os pais são nosso parceiros e ajudam-nos a cuidar melhor do recém-nascido (RN), pois são quem melhor lhe poderá oferecer **amor, carinho e conforto**.



Nenhum prematuro será arbitrariamente exilado de seu contexto familiar (...) A preservação deste vínculo, ainda quando silenciosa e discreta, é parte fundamental da sua vida.

Artigo III –
Declaração
Universal dos
Direitos do
Prematuro

A sua presença permitir-lhe-á conhecer o bebé e aprender a responder às suas necessidades. Observe e questione o enfermeiro que cuida do seu filho.

Os cuidados ao seu bebé centram-se no seu desenvolvimento. Planeie, juntamente com a equipa de saúde, a forma de organizar os cuidados.

Tocar no seu bebé é um estímulo benéfico para o seu desenvolvimento.

Todo o prematuro tem direito ao repouso, devendo por isso ter respeitados os seus períodos de sono (...) essenciais para o seu desenvolvimento psíquico adequado e à sua regulação biológica.

Artigo VII – Declaração Universal dos Direitos do Prematuro

*Todo o prematuro tem direito, uma vez atingidas as condições básicas de equilíbrio e vitalidade, ao amor materno, ao calor materno e ao leite materno, que lhe são oferecidos pelo **Método Mãe-Canguru**.*

Artigo XI – Declaração Universal dos Direitos do Prematuro



Método Mãe-Canguru

O enfermeiro coloca o RN, apenas de fralda e na posição vertical sobre o seu peito (contacto pele com pele), sendo posteriormente coberto com um lençol ou fralda de pano.

Benefícios:

- Protege o RN da estimulação nociva da UCIN auxiliando inicialmente no sono e, mais tarde, na atenção dirigida à mãe;
- Favorece a manutenção da temperatura adequada;
- Melhora aspetos cardiorrespiratórios;
- Permite melhor ganho de peso;
- Tem efeitos positivos no aleitamento materno exclusivo após a alta.

APÊNDICE XIII – Avaliação do desenvolvimento infantil – Consulta de vigilância dos 5A

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

CONSULTA DE VIGILÂNCIA - 5 A

A presente avaliação do desenvolvimento infantil foi realizada no âmbito da consulta de vigilância a uma criança de 5A. Tem como finalidade avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem em contexto escolar. A entrevista foi efetuada à criança, com a participação da mãe e com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada.

DOMÍNIO	AVALIAÇÃO
Audição e linguagem	<p>A J.G. sabe o nome completo, a idade, o mês em que faz anos e a sua localidade;</p> <p>No teste auditivo, inicialmente com dificuldade em concentrar-se; no entanto, foi capaz de ouvir e reproduzir as palavras emitidas pela enfermeira num tom de voz baixo à distância pré-definida, com a exceção de duas palavras. A mãe da J.G. refere que as palavras que esta errou não são frequentes no seu vocabulário. Schill (1989, p. 224-34) refere que “A utilização de vocabulário desconhecido no procedimento pode causar conclusões erróneas a respeito do reconhecimento auditivo dos sons da fala. A criança pode emitir a palavra de seu vocabulário que mais se aproxime do som ouvido.”</p> <p>A J.G. apresenta um vocabulário fluente e articula corretamente as palavras ao longo do seu discurso.</p>
Comportamento e Adaptação Social	<p>A J.G. é capaz de se vestir só quando incentivada pela mãe, lava as mãos e a cara e limpa-se só; nomeia o nome de duas amigas com quem brinca no jardim-de-infância; compreende as regras do jogo.</p>
Visão e Motricidade Fina	<p>Para avaliar o desenvolvimento da criança nesta dimensão, utilizou-se o seguinte material: painel com 10 cores + cartões de correspondência (azul-escuro, laranja, roxo, preto, amarelo, cor-de-rosa, verde, castanho, vermelho e azul-claro; 20 cubos (dimensões: 2.5 x 2.5cm com as cores: amarelo, vermelho, verde e azul).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Constrói 4 degraus com 10 cubos; – Copia o quadrado e o triângulo (não foi desenhado na frente da criança); – Conta 5 dedos de uma mão; – Nomeia mais de 10 cores e combina as 10 cores apresentadas; – Desenha a figura humana (cabeça com olhos, nariz e boca, o tronco, braços e pernas).
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> – Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados; – Salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Schill, H.A. (1989). Logaudiometria. In: Katz J, editor. *Tratado de audiologia clínica*. (3^a ed) (p. 224-34). São Paulo: Manole.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). Circular Normativa N.º 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.

APÊNDICE XIV – Reflexão crítica: Humanização dos serviços de atendimento a crianças e jovens

REFLEXÃO CRÍTICA

HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS E JOVENS

O IAC (2006, p.128) defende a concepção de um espaço lúdico-pedagógico humanizado e “adequado à criança de modo a que esta se sinta bem acolhida e confortável nas relações que forçosamente tem de estabelecer com os profissionais de saúde (...)”.

Nesta unidade, a sala de espera, os gabinetes de consulta e as salas de vacinação têm uma decoração e um equipamento adequados às crianças, incluindo paredes coloridas, jogos (puzzles, legos,...), bonecas, peluches, televisão, livros, papel, caneta, lápis, mesa e bancos de pequenas dimensões,...

O IAC (2006, p.129) acrescenta que o mais importante é que “tanto a criança de 1 ano como a de 17 encontrem objetos significativos neste espaço lúdico-pedagógico do “seu Centro de Saúde”. A criação deste espaço e deste tipo de oportunidade, no qual o EESCJ assume um papel determinante, visa proporcionar à criança momentos lúdicos e pedagógicos enquanto aguarda pela consulta ou vacina, devendo ainda ser aproveitado para proceder a uma melhor avaliação da interação da criança com o meio que a rodeia, quer com os objetos, quer com as pessoas, num ambiente descontraído e informal. Com esta finalidade, nas consultas de enfermagem que realizei tive a preocupação de me deslocar à sala de espera para chamar a criança e família, aproveitando assim estes momentos para avaliar o desenvolvimento da criança num contexto natural.

Relativamente à sala de vacinação, o IAC (2006, p. 20) defende que “a existência de uma sala exclusiva para vacinação com profissionais treinados será desejável e indicadora de um padrão de qualidade”. Nesta UCSP existe um “espaço próprio” para a vacinação, respeitando-se portanto as devidas condições de assepsia, bem como as condições de armazenamento das vacinas, conforme as boas práticas recomendam. Em termos de recursos humanos, a saúde infantil e vacinação conta com 6 enfermeiras, de entre as quais 2 são enfermeiras especialistas em ESCJ que dão apoio às enfermeiras de cuidados gerais em situações de maior complexidade/ risco que exijam cuidados especializados.

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contacto das crianças, família e comunidade com o Serviço Nacional de Saúde, trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde (WHO, 2014). A criança que guarda memória do centro de saúde como um espaço despersonalizado com o qual não se identifica, associado à

experiência dolorosa (ato vacinal) poderá fazer com que as crianças e adolescentes de hoje que são os adultos de amanhã evitem os cuidados de saúde no futuro.

APÊNDICE XV – Panfleto informativo: “Como reduzir a ansiedade, o medo e a dor das crianças durante a vacinação – informação aos pais”

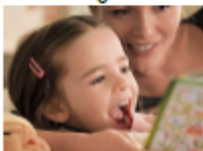
Como reduzir a ansiedade, o medo e a dor das crianças durante a vacinação – Informação aos pais

Sabia que 10 a 15% das crianças classificam a dor associada à vacinação como “a pior dor que podiam imaginar”?

Os procedimentos dolorosos com agulha podem ter repercussões a longo prazo na tolerância e nas respostas à dor da criança. Como evitar que tal aconteça com o seu filho?

Prepare a criança...

- Explique à criança de forma simples e clara o que vai acontecer;
- Seja honesto. À pergunta vai doer? Responda que algumas crianças dizem que dói um pouco, outras dizem “assim-assim” e outras até dizem que não dói!
- Evite os termos: pica, injeção, agulha, picada de abelha. Prefira dizer-lhe que a vacina é um “remédio por debaixo da pele”.
- Diga-lhe que pode escolher entre ficar sentado ou ao colo de alguém durante a vacinação. Ter hipótese de escolha ajudá-lo-á a controlar melhor a experiência dolorosa.
- Leia-lhe o livro: “O Diogo vai às vacinas” ou conte-lhe a história de um menino que se portou muito bem na vacinação.



Quando informar a criança que vai à vacina?

- ⇒ Até aos 5 anos: 1 a 2 dias antes. Lembre-se que a imaginação das crianças as leva a fantasiar sobre o que supõem ser o procedimento, distorcendo a realidade e agravando a ansiedade e o medo;
- ⇒ A partir dos 5 anos: 3 a 4 dias antes;
- ⇒ Mais de 7 anos: 1 semana de antecedência pode beneficiar a assimilação da informação fornecida;
- ⇒ Adolescentes: devem ser envolvidos na tomada de decisão.

Até aos 7 anos, mais importante que explicar a utilidade da vacinação é explicar o que a criança vai sentir durante o ato vacinal

No dia da vacinação...

Enquanto aguarda pela sua vez, ajude a criança a relaxar e a descontraír:

- ⇒ Faça-a rir, dizendo-lhe coisas engraçadas ou faça-lhe cócegas;
- ⇒ Proponha-lhe jogos de relaxamento criativo, como bater palmas, exercício de “não me importa”,...
- ⇒ Converse com o seu filho sobre temas não relacionados com o procedimento (escola, filmes, jogos, música,...)

Na sala de vacinação:

- ⇒ Console a criança, mantendo contacto físico: mão na mão, mão no corpo ou abraço; evite dizer-lhe: “isso realmente dói muito!”;
- ⇒ Relembre-lhe situações anteriores nas quais foi eficaz a enfrentar uma situação dolorosa;
- ⇒ Incentive a criança a dizer para si própria: “isto vai acabar rapidamente!”, “eu sou capaz!”,...;
- ⇒ Ensine-lhe exercícios de relaxamento simples, nomeadamente: fazer bolas de sabão e soprá-las para bem longe, apitar, cheirar uma flor e soprar uma vela,...



Após o ato vacinal:

- ⇒ Mesmo que o seu filho esteja chateado, fale com ele sobre o seu comportamento durante o procedimento;
- ⇒ Elogie-o perante as coisas positivas que fez durante o procedimento. A criança terá vontade de manter o comportamento;
- ⇒ Se a criança cooperou ou se se esforçou nesse sentido reconheça e recompense-a (exemplo: ida ao jardim zoológico). A recompensa deve ser dada pelo esforço, por isso evite o suborno antes do procedimento.

Exercício de “Não me importa”

Em pé, com os pés ligeiramente separados e braços relaxados ao longo do corpo, levanta os ombros como costumas fazer quando queres dizer que não te importas e depois deixa cair os ombros novamente.



Evite expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, como por exemplo:

- ⇒ Parece um bebé a chorar ou
- ⇒ Um homem não chora.

Nunca use procedimentos com agulha como ameaça nem minta à criança quanto aos procedimentos dolorosos, pois desta forma a criança irá desconfiar e ficar com medo dos profissionais de saúde!

Referências Bibliográficas: Botelho, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. Direção Geral de Saúde (2012). Circular normativa n.º 022/2012 - Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa. Acesso a: 05/04/2013. Disponível em <http://www.dgsp.pt/Ordem%20dos%20Enfermeiros> (2013). Guia Orientador de boas práticas - ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA. Cadernos O.E. Saúde 1. Número 6. Pedro, V. (2006). *Estudo Exploratório das Comportamentos das Enfermeiras e das Pais direccionados para o Controlo das Comportamentos de Ansiedade de Crianças com 4-6 anos durante o Procedimento de Vacinação*. Dissertação de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Autora: Dr.ª Mariana S. Ferreira, Aluna de Enfermagem 4.ª CHESP ESEL. Orientada por: Dr.ª Ana M.º Beato, Especialista em ESEJ

APÊNDICE XVI – Questionário aplicado aos enfermeiros de um serviço de internamento de pediatria para identificação das suas necessidades formativas relativamente ao controlo da dor na criança e sugestões de melhoria

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

QUESTIONÁRIO

MARIANA SANTIAGO FERREIRA

LISBOA

2014

Caro(a) colega,

Sou estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção intitulado: “Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e Controlo”, que visa a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança com dor e sua família.

No sentido de identificar necessidades formativas sobre avaliação e controlo da dor na criança no seu serviço, agradecia a sua colaboração no preenchimento de um questionário. A confidencialidade das respostas será assegurada, razão pela qual não deverá assinar o documento.

Por favor, leia atentamente o questionário e responda a todas as perguntas.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Atenciosamente,

Mariana Ferreira

Para responder às questões fechadas coloque “X” e às abertas preencha os espaços em branco.

Idade: _____ (anos completos)

Experiência profissional: _____ (anos completos)

Experiência na área de Pediatria: _____ (anos completos)

Formação académica: _____

Grupo I – Avaliação da dor na criança

1. Recolhe informação sobre a história da dor da criança?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

1.1. Se respondeu “Nunca” ou “Algumas vezes”, justifique assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m):

Desconhecimento do que é a história da dor ☐

Dúvidas sobre a sua utilidade ☐

Falta de tempo ☐

Outra ☐ Qual? _____

2. Da lista apresentada abaixo, assinale com uma cruz as escalas de avaliação da intensidade da dor que reconhece:

FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) ☐

FLACC-R/PT (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*) ☐

NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) ☐

Escala de faces de *Wong-Baker* ☐

EVA (*Escala Visual Analógica*) ☐

EN (*Escala Numérica*) ☐

PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) ☐

FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) ☐

DESS (*Doleur Enfant San Salvador*) ☐

OPS (*Objective Pain Scale*) ☐

2.1. Utiliza algum destes instrumentos de avaliação da intensidade da dor?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu “Não”, avance para o “Grupo II”

Se respondeu “Sim”, responda às alíneas que se seguem.

2.2. Privilegia a autoavaliação da dor a partir de que idade?

3-4 anos ☐ 5-6 anos ☐ 7-8 anos ☐

2.2.1 Justifique a sua resposta.

2.3. Avalia e regista a intensidade da dor da criança pelo menos uma vez por turno?

Sim ☐ Não ☐

2.3.1. Se respondeu “Não”, justifique.

2.4. Avalia a dor da criança antes da administração do analgésico?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.5. Reavalia a dor da criança após a administração do analgésico?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.6. Avalia a dor da criança durante o procedimento doloroso?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.7. Reavalia a dor da criança após o procedimento doloroso?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2.8. Regista as características da dor da criança que avalia?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

Grupo II – Intervenções farmacológicas no controlo da dor na criança

1. Espera que a criança e/ou família refira/m dor para administrar o analgésico prescrito?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2. Conhece o procedimento de enfermagem “Aplicação de EMLA” do Hospital X?

Não ☐ Sim ☐

2.1. Se respondeu “Sim”, garante à criança o seu cumprimento?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

3. Defende o interesse superior da criança na realização de procedimentos dolorosos, relativamente às intervenções farmacológicas no controlo da dor da criança não protocoladas e não prescritas ou prescritas em dose insuficiente?

Não ☐ Sim ☐

3.1. Se respondeu “Sim”, justifique, exemplificando.

Grupo III – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor da criança

1. Conhece o procedimento de enfermagem “Cuidados de enfermagem na administração de sucrose oral ao recém-nascido e lactente” do Hospital X?

Não ☐ Sim ☐

2.1. Se respondeu “Sim”, garante à criança o seu cumprimento?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

2. Da lista apresentada assinala as intervenções não farmacológicas no controlo da dor que reconhece:

Imaginação guiada (ex.: pensar num lugar especial...): ☐

Aplicação de calor/frio ☐

Informação antecipatória (ex.: explicar à criança e família as etapas do procedimento a realizar) ☐

Técnica de distração (ex.: brincadeira livre ou lúdica, musicoterapia) ☐

Reforço positivo (ex.: diploma de bom comportamento) ☐

Sucção não nutritiva (ex.: chucha) ☐

Simulação ou Modelação (ex.: teatro com antecipação do procedimento real) ☐

Posicionamento ☐

Relaxamento muscular/ Exercícios Respiratórios ☐

Toque terapêutico ☐

Concentração das manipulações ☐

3. Sente dificuldade em seleccionar as intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança, de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento?

Nenhuma ☐ Pouca ☐ Alguma ☐ Muita ☐

4. Utiliza este tipo de estratégias não farmacológicas na sua prática profissional?

Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre ☐

4.1. Se respondeu “Nunca” ou “Algumas vezes” justifique, assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m):

Desconhecimento sobre as estratégias existentes ☐

Desconhecimento sobre brinquedos/jogos/livros adequados à idade da criança ☐

Falta de tempo ☐

Dúvidas sobre a sua eficácia ☐

Outra ☐ Qual? _____

5. Das estratégias não farmacológicas que conhece, mencione aquelas que utiliza mais frequentemente na sua prática profissional.

Grupo IV – Promoção da parentalidade no controlo da dor da criança

1. Valoriza os conhecimentos e habilidades dos pais/ pessoas significativas no que respeita a/ao:

1.1. Comportamento da criança quando tem dor (ex.: choro, isolamento, apatia,...)?

Sim ☐ Não ☐

1.2. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ex.: chucha, colo, isolamento, distração com música, desenho, banho relaxante,...)?

Sim ☐ Não ☐

1.3. Fatores de agravamento da dor na criança (ex.: barulho, pessoas desconhecidas,...)?

Sim ☐ Não ☐

Grupo V

1. Para terminar, considera que os cuidados prestados à criança com dor e família no seu serviço contribuem para que o Hospital X seja considerado um “Hospital Sem Dor”?

Sim ☐ Não ☐

2. O que sugere para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança com dor e família no seu serviço?

APÊNDICE XVII – Pedido de autorização e respectivo comprovativo para aplicação do questionário

Exma. Sr.^a Enfermeira Diretora

“Instituição onde exerço funções”

Mariana Santiago Ferreira, enfermeira a exercer funções no Internamento de Pediatria da referida Instituição Hospitalar, encontra-se a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste contexto profissional e académico está a desenvolver um projeto de intervenção intitulado de “Cuidados de Enfermagem à Criança com dor – Avaliação e Controlo”, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança com dor e família, e vem solicitar a devida autorização para a aplicação de um questionário aos enfermeiros do Internamento de Pediatria.

Agradece, desde já, a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Lisboa, 08 de Janeiro de 2014

Comissão de Ética para a Saúde
Instituição onde exerço funções

Exma. Sra.

Enf. ª Mariana Santiago Ferreira

Serviço/ Instituição
onde exerço funções

Ref. CES/004/2014/PA

Lisboa, 7 de Fevereiro de 2014

Assunto: Estudo “Cuidados de Enfermagem à Criança com dor - Avaliação e Controlo”

CC: Director Clínico / Conselho de Administração Diretora da Instituição onde exerço funções

A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital onde exerço funções aprovou o estudo “*Cuidados de Enfermagem à Criança com dor - Avaliação e Controlo*” do qual é V. Exa. investigadora principal.

Pe/A Comissão de Ética para a Saúde



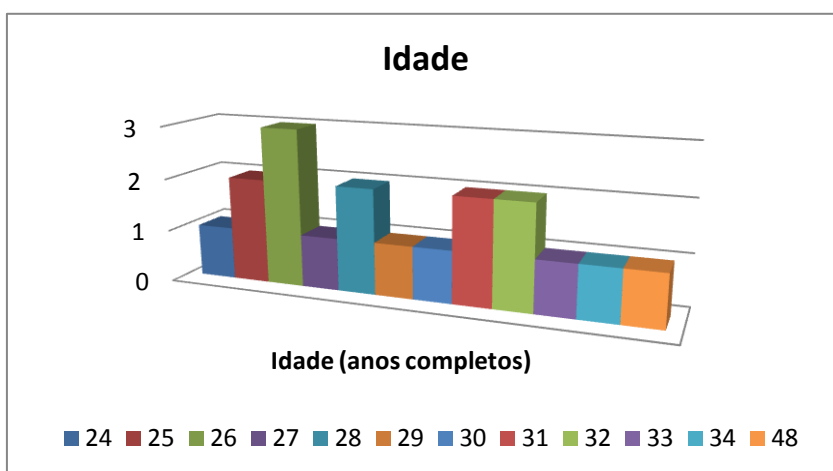
APÊNDICE XVIII – Análise dos resultados obtidos no questionário para identificação das necessidades formativas dos enfermeiros relativamente ao controlo da dor na criança e sugestões de melhoria

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS RELATIVAMENTE AO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

No sentido de identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria, da Instituição onde exerço funções, relativamente ao controlo da dor na criança, procedeu-se à aplicação de um questionário.

A amostra analisada é constituída por 18 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 24 e os 48 anos, cuja moda é 26, como se pode verificar no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos enfermeiros por idade, em anos completos.



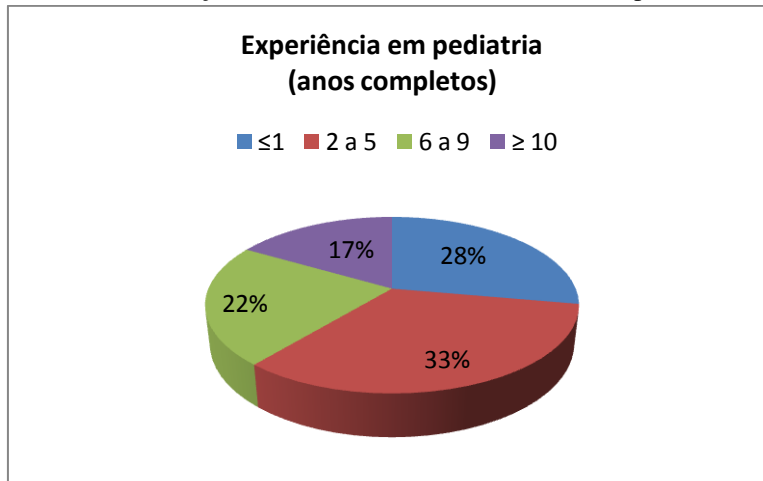
No que respeita à experiência profissional, a maioria dos enfermeiros (44%) tem entre 6 a 11 anos de serviço, seguindo-se 28% dos enfermeiros com 3 a 5 anos, 17% tem menos de 3 anos e apenas 11% têm mais de 11 anos de experiência profissional (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos enfermeiros, por anos completos de experiência profissional.



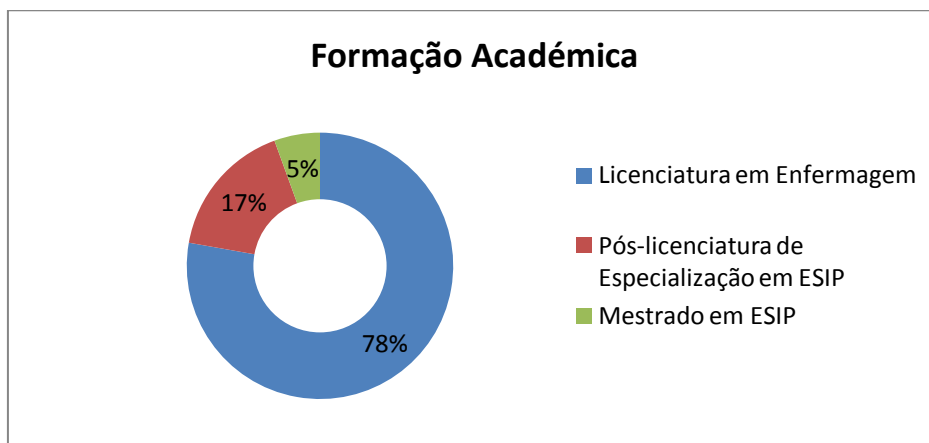
Dentro da experiência profissional, considera-se relevante analisar a experiência em pediatria, dado que a equipa de enfermagem contou recentemente com a entrada de novos elementos, provenientes de outros serviços de pediatria mas também de serviços de adultos. Pela análise do gráfico 3, verifica-se que 28% dos enfermeiros apresenta menos de 2 anos de experiência profissional em pediatria; 33% apresenta entre 2 a 5 anos, 22% tem 6 a 9 anos e 17% tem mais de 9 anos de experiência profissional em pediatria.

Gráfico 3- Distribuição dos enfermeiros, de acordo com a experiência em pediatria, em anos completos.



Relativamente à formação académica, 78% dos enfermeiros tem o curso de licenciatura em enfermagem, destes 2 estão a frequentar o curso de Mestrado e Especialização em ESCJ e 1 enfermeiro encontra-se a frequentar o curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação; 17% dos enfermeiros apresentam o curso de Pós-Licenciatura de Especialização em ESIP 5% tem o curso de mestrado em ESIP (gráfico 4).

Gráfico 4. Distribuição dos enfermeiros por formação académica.



De seguida, apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação do referido questionário, que serão analisados separadamente por grupos.

No que respeita à colheita da **história da dor** da criança, apenas 1 enfermeiro refere que nunca recolhe este tipo de informação. De entre os outros 17 que recolhem informação sobre a história da dor, apenas 23,5% dos enfermeiros o faz de forma sistemática (ou seja, responde *Sempre* no ponto 1); 53% dos enfermeiros recolhem *Algumas vezes* e 23,5% dos enfermeiros recolhem *Muitas vezes* dados sobre a história da dor da criança (quadro 1). Os enfermeiros que responderam *Algumas vezes* e *Nunca* apresentam as seguintes justificações:

- a) 1 enfermeiro desconhece o que é a história da dor;
- b) 2 enfermeiros têm dúvidas sobre a sua utilidade;
- c) 4 enfermeiros referem falta de tempo;
- d) 1 enfermeiro refere não existir um campo para registo no processo clínico.

As respostas apresentadas permitem-nos depreender que existe algum desconhecimento no âmbito da avaliação da dor. De acordo com a DGS (2010) a história da dor da criança está na base do controlo da dor, pelo que só desta forma os profissionais poderão decidir responsabilmente sobre as estratégias a implementar destinadas à prevenção e tratamento da dor.

A propósito da falta de tempo, mencionada por 4 enfermeiros, Batalha (2010) é da opinião que o declínio na implementação da história da dor ao longo dos últimos anos pode ser combatida através da utilização de uma folha própria com questões sobre a dor para os pais e/ou criança responderem por escrito.

Quadro 1. Resultados obtidos no âmbito da história da dor.

Grupo I – Avaliação da dor na criança					
1- Recolhe informação sobre a história da dor da criança?			Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
			1	9	4
1.1. Se respondeu “Nunca” ou “Algumas vezes”, justifique assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m):	Desconhecimento do que é	Dúvidas sobre a sua utilidade	Falta de tempo	Outra: Não existir um campo para registo no processo clínico	Não responde
	1	2	4	1	10

Relativamente à **avaliação da intensidade da dor**, todos os enfermeiros referem utilizar alguma escala de avaliação da intensidade da dor (quadro 2).

No que respeita às escalas de avaliação da intensidade da dor reconhecidas pelos enfermeiros, salientando aquelas que se pretendem instituir no serviço (FLACC, FLACC-R/PT, NIPS, escala de faces de *Wong-Baker* e escala numérica), os resultados obtidos (quadro 2) permitem-nos afirmar o seguinte:

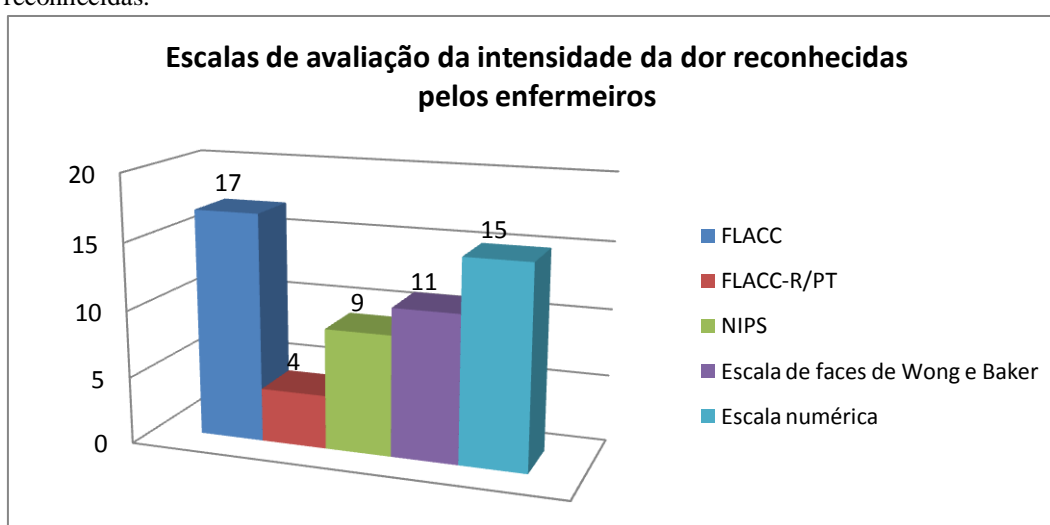
- a) 94% dos enfermeiros reconhece a **FLACC** (já implementada no serviço e com possibilidade de registo informático, embora não incluída no campo de registo de sinais vitais);
- b) 22% conhece a **FLACC-R/PT** (não implementada no serviço);
- c) 50% reconhece a **NIPS**, não implementada no serviço, mas já com possibilidade de registo informático, uma vez que já é utilizada na UCIN desta instituição de saúde;
- d) 61% conhece a **escala de faces de Wong-Baker** (não implementada no serviço, dificultando desta forma a autoavaliação da intensidade da dor da criança entre os 3 e os 6 anos de idade);
- e) 83% identifica a **escala numérica** (já implementada no serviço, no entanto sem régua de avaliação).

Quadro 2. Resultados obtidos no âmbito da avaliação da intensidade da dor.

Grupo I – Avaliação da dor na criança (continuação)		
2- Da lista apresentada, assinale com uma cruz as escalas de avaliação da intensidade da dor que reconhece:	FLACC (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>)	17
	FLACC-R/PT (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised</i>)	4
	NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>)	9
	Escala de faces de Wong-Baker	11
	EVA (<i>Escala Visual Analógica</i>)	12
	EN (<i>Escala Numérica</i>)	15
	PIPP (<i>Premature Infant Pain Profile</i>)	2
	FPS-R (<i>Faces Pain Scale – Revised</i>)	1
	DESS (<i>Doleur Enfant San Salvador</i>)	2
	OPS (<i>Objective Pain Scale</i>)	6
2.1- Utiliza algum destes instrumentos de avaliação da intensidade da dor?	Sim	18
	Não	0

Pela análise do gráfico 5, verificamos que a FLACC é a escala mais reconhecida pelos enfermeiros, seguida da Escala numérica, o que nos leva a questionar sobre a autoavaliação da dor nas crianças mais pequenas que não reconhecem os números da escala numérica. Esta problemática parece estar relacionada com o desconhecimento dos enfermeiros sobre a adequada avaliação da dor nas diferentes faixas etárias e à inexistência procedimentos de enfermagem que reflitam as boas práticas preconizadas para o controlo da dor. A OE (2008) aconselha “Incluir nos programas de integração de enfermeiros nas instituições as políticas e as orientações da organização para a avaliação e controlo da dor”.

Gráfico 5. Distribuição dos enfermeiros, de acordo com as escalas de avaliação da intensidade da dor reconhecidas.



No que respeita a **autoavaliação da dor**, 44% dos enfermeiros privilegia a autoavaliação a partir dos 3-4 anos; igual percentagem dos enfermeiros privilegia a autoavaliação a partir dos 5-6 anos, justificando as suas respostas com base nas variações do desenvolvimento psico-motor da criança nas referidas faixas etárias e de acordo com a evidência resultante da sua própria experiência profissional (quadro 3). Estes resultados, pouco consensuais, vão ao encontro dos achados bibliográficos, que defendem não ser possível de determinar com exatidão o limite de idade a partir da qual a autoavaliação é válida (Batalha, 2010). A DGS (Circular Normativa N.º 014/2010) considera como norma de boa prática “privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos sempre que possível” (DGS, 2010).

Quadro 3. Resultados obtidos no âmbito da autoavaliação da dor.

Grupo I – Avaliação da dor na criança (continuação)		
2.2- Privilegia a autoavaliação da dor a partir de que idade?	3-4 anos	8
	5-6 anos	8
	7-8 anos	0
	Não responde	2
2.2.1- Justifique.	<p>3-4 anos: <i>Tem capacidade cognitiva para se aplicar as escalas (2); privilegiar a autoavaliação sempre que o desenvolvimento da criança o permita (1); consegue localizar a dor (1); consegue exprimir a dor (2); a dor é uma experiência pessoal e subjetiva, a criança após os 3 anos já tem competências para autoavaliar a sua dor, dependendo do desenvolvimento psico-motor (2).</i></p> <p>5-6 anos: <i>A partir desta idade já têm perceção do que é a dor, ...e capacidade para a avaliar (3); maior capacidade de se explicarem e caracterizarem a dor verbalmente (2); maior perceção do que se passa com o próprio corpo (1);</i></p> <p>Não respondeu a 2.2.: <i>Depende da maturidade da criança.</i></p> <p>Não responde/ Não compreende: 3</p>	

Quanto aos **momentos de avaliação** da intensidade da dor todos os enfermeiros, à exceção de 1, avaliam a dor, uma vez por turno. No entanto, os resultados obtidos (quadro 4) demonstram que a avaliação não é realizada de forma sistemática, vejamos:

- 55,5% dos enfermeiros avalia a dor *Sempre* antes e após a administração do analgésico; 39% avalia a dor *Muitas vezes* antes e após a administração do analgésico e apenas 5,5% avalia a dor *Algumas vezes* antes e após a administração do analgésico;
- 44% avalia *Sempre* a dor durante o procedimento doloroso; 33% avalia dor *Muitas vezes* e 22% avalia a dor *Algumas vezes* durante o procedimento doloroso;
- 44% avalia *Sempre* a dor da criança após o procedimento doloroso; 28% dos enfermeiros avalia *Muitas vezes* a dor e 33% avalia *Algumas vezes* a dor após o procedimento doloroso.

No que se refere **ao registo da dor**, saliente-se que 39% dos enfermeiros regista *Muitas vezes* as características da dor da criança quando a avalia, 28% dos enfermeiros regista *Algumas vezes* e outros 28% regista *Sempre* as características da dor da criança quando a avaliam (quadro 4). Sendo a dor o 5º sinal, o seu registo deveria ser realizado, no mínimo, com a mesma frequência de avaliação dos restantes sinais vitais, pelo que os resultados não são confortadores. Note-se se apenas 28% dos enfermeiros regista a dor sempre, ou seja, sistematicamente. Neste âmbito, a O.E (2008, p.19) refere que: “A importância dos registos decorre (...) da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade (...)”, recomendando “registar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados”.

Quadro 4. Resultados obtidos no âmbito dos momentos de avaliação da intensidade da dor.

Grupo I – Avaliação da dor na criança (continuação)				
2.3- Avalia e regista a intensidade da dor da criança pelo menos uma vez por turno?	Sim			17
	Não			1
2.3.1. Se respondeu “Não”, justifique.	Esquecimento			1
2.4- Avalia a dor da criança antes da administração do analgésico?	Nunca	Algumas Vezez	Muitas vezes	Sempre
	0	1	7	10
2.5- Reavalia a dor da criança após a administração do analgésico?	0	1	7	10
2.6- Avalia a dor da criança durante o procedimento doloroso?	0	4	6	8
2.7- Reavalia a dor da criança após o procedimento doloroso?	0	6	5	8
2.8- Regista as características da dor da criança quando a avalia?	0	5	7	5

Através da análise do quadro 5, constatamos que 55,5% dos enfermeiros espera *Algumas vezes* que a criança e/ou família refira/m dor para administrar o analgésico prescrito, 33% responde que *Nunca* espera e apenas 5,5% dos enfermeiros espera *Muitas vezes*. Os achados demonstram que os enfermeiros têm ideias divergentes ao defendido por Kraychete e Wanderley (2011) quando referem que a dor deve ser prevenida, tanto no pós-operatório quanto nos procedimentos médicos.

Das respostas apresentadas, supomos ainda que a sua tomada de decisão pode ser influenciada por um conjunto de mitos, que dificultam o controlo da dor que importa esclarecer. De acordo com Barros (2003), a dor em pediatria está rodeada de estereótipos e para que a criança que sofre possa ser bem tratada é particularmente importante que estas crenças sejam identificadas e discutidas.

Relativamente ao **procedimento de enfermagem “Aplicação de EMLA®”**, todos os enfermeiros referem conhecer o procedimento, no entanto apenas 39% dos enfermeiros refere cumprir *Sempre* este procedimento; 44% dos enfermeiros refere cumprir *Muitas vezes* e 17% refere cumprir *Algumas vezes* (quadro 5).

Através da análise do quadro 5, verificamos também que 89% dos enfermeiros demonstra preocupação em **defender o interesse superior da criança** na prevenção da dor decorrente da realização de procedimentos dolorosos relativamente às intervenções farmacológicas no controlo da dor da criança não protocoladas ou não prescritas ou prescritas em dose insuficiente. De entre os enfermeiros que responderam afirmativamente, todos eles mencionam articular com o pediatra para prescrever analgesia ou ajustar a dose, o que reflete a importância das intervenções interdependentes dos enfermeiros (REPE, Art.º 9).

Quadro 5. Resultados obtidos no âmbito das intervenções farmacológicas no controlo da dor.

Grupo II – Intervenções farmacológicas no controlo da dor na criança					
1- Espera que a criança e/ou família refira/m dor para administrar o analgésico prescrito?	Nunca	Algu mas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não responde
	6	10	1	0	1
2- Conhece o procedimento de enfermagem “Aplicação de EMLA” do seu hospital?			Sim		18
			Não		0
2.1- Se respondeu sim, garante à criança o seu cumprimento?	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	
	0	3	8	7	
3. Defende o interesse superior da criança na realização de procedimentos dolorosos, relativamente às intervenções farmacológicas no controlo da dor da criança não protocoladas e não prescritas ou prescritas em dose insuficiente?				Sim	16
				Não	2
3.1- Se respondeu “Sim”, justifique exemplificando.	a) Articulação/comunicação com o pediatra para prescrever analgesia ou ajustar dose: 16; b) Administração de analgesia em esquema: 1; c) Administração de analgésicos antes de procedimentos e posicionamentos dolorosos: 3; d) Cumprimento dos procedimentos de enfermagem e protocolos existentes: EMLA- 2; Sucrose- 1; Protocolo de administração de antipiréticos com efeito analgésico- 3. e) Não responde/Não compreende a pergunta: 1.				

Relativamente ao procedimento de enfermagem “Cuidados de Enfermagem na administração de sucrose oral ao recém-nascido e lactente”, 17% dos enfermeiros refere não conhecer o procedimento, sendo urgente a sua divulgação.

De entre os 15 enfermeiros que conhecem o procedimento, 53,3% refere cumprir *Muitas vezes* este procedimento, 33,3% dos enfermeiros refere cumprir *Sempre* e 13,3% dos enfermeiros refere cumprir apenas *Algumas vezes* o procedimento (quadro 6).

Quadro 6. Resultados obtidos no âmbito das intervenções não farmacológicas no controlo da dor (administração de sucrose oral).

Grupo III – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor da criança				
1. Conhece o procedimento de enfermagem “Cuidados de Enfermagem na administração de sucrose oral ao recém-nascido e lactente” do seu hospital?	Sim		15	
	Não		3	
1.1. Sem respondeu sim, garante à criança o seu cumprimento?	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	0	2	8	5

No que se refere às **intervenções não farmacológicas**, os enfermeiros não reconhecem todas as estratégias apresentadas no quadro 7 como sendo intervenções não farmacológicas no controlo da dor, o que nos leva a crer que existe algum desconhecimento nesta área. A OE (2008) pronuncia-se

neste âmbito, recomendando “Planear a formação contínua de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas.”

A análise do quadro revela que as intervenções menos reconhecidas são a concentração das manipulações, a simulação ou modelação e a imaginação guiada, nas quais 67%, 33% e 22% enfermeiros, respetivamente, desconhecem as referidas intervenções (quadro 7).

Em relação à dificuldade sentida pelos enfermeiros em selecionar as intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança, de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento, uma percentagem muito significativa 67% dos enfermeiros refere nenhuma ou pouca dificuldade e 33% refere sentir *Alguma dificuldade* ou *Muita dificuldade* (quadro 7).

Na prática 67% dos enfermeiros refere utilizar este tipo de estratégias *Muitas vezes*, 17% utiliza *Sempre* e outros 17% refere utilizar *Algumas vezes*.

Quadro 7. Resultados obtidos no âmbito das intervenções não farmacológicas no controlo da dor.

Grupo III – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor da criança (continuação)				
2- Da lista apresentada assinale as intervenções não farmacológicas no controlo da dor que reconhece:				
1-Imaginação guiada	14			
2- Aplicação de calor/frio	15			
3- Informação antecipatória	16			
4- Técnica de distração	18			
5- Reforço positivo	15			
6- Sucção não nutritiva	17			
7- Simulação ou Modelação	12			
8-Posicionamento	15			
9-Relaxamento muscular/ Exercícios Respiratórios	16			
10-Toque terapêutico	16			
11- Concentração das manipulações	6			
3- Sente dificuldade em selecionar as intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança, de acordo com a sua idade/estádio de desenvolvimento?	Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita
	2	10	4	2
4- Utiliza este tipo de estratégias não farmacológicas na sua prática profissional?	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	0	3	12	3
4.1- Se respondeu “Nunca” ou “Algumas vezes” justifique.				
Desconhecimento sobre as estratégias existentes				2
Desconhecimento sobre brinquedos/jogos/livros adequados à idade da criança				0
Falta de tempo				1
Dúvidas sobre a sua eficácia				0
Outra:				
Dúvidas em relação à aplicação das estratégias				1
Falta de colaboração da criança				1

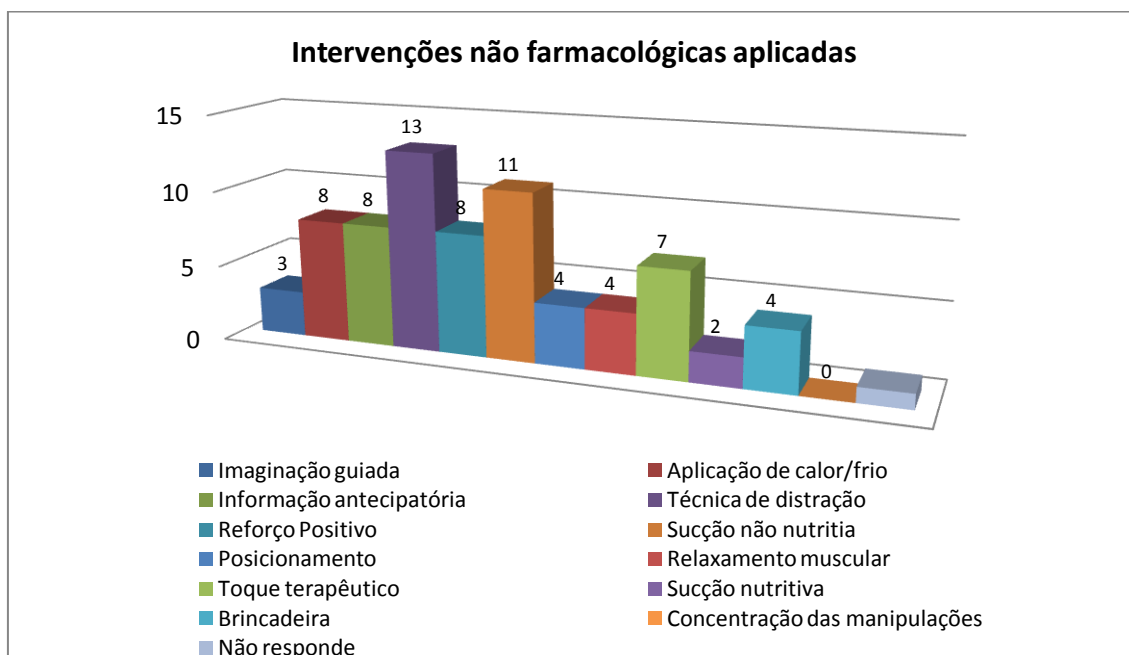
Analisando o quadro 8, verificamos que as intervenções que os enfermeiros aplicam com mais frequência são: a técnica de distração (72%), seguida da sucção não nutritiva (61%), aplicação de calor e frio (44%), reforço positivo (44%) e informação antecipatória (44%) (quadro 8; gráfico 6). Um dos enfermeiros, relativamente ao reforço positivo, refere oferecer diplomas de bom comportamento *quando existem*.

Por outro lado, as intervenções que os enfermeiros menos referem são a imaginação guiada e a sucção nutritiva, salientando-se que a concentração das manipulações não é referida por ninguém. Os resultados podem ser explicados mais uma vez pela falta de conhecimento dos enfermeiros. Supomos ainda que os enfermeiros possam não reconhecer a terminologia utilizada no questionário.

Quadro 8. Resultados obtidos no âmbito das intervenções não farmacológicas no controlo da dor.

Grupo III – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor da criança (continuação)	
5. Das estratégias não farmacológicas que conhece, mencione aquelas que utiliza mais frequentemente na sua prática profissional.	
Imaginação guiada	3
Aplicação de calor/frio	8
Informação antecipatória	8
Técnica de distração	13
Reforço positivo	8
Sucção não nutritiva	11
Posicionamento	4
Relaxamento muscular/ Exercícios Respiratórios	4
Toque terapêutico	7
Sucção nutritiva	2
Brincadeira	4
Não responde	2

Gráfico 6. Distribuição dos enfermeiros por intervenções não farmacológicas aplicadas.



Como se pode verificar no quadro 9, todos os enfermeiros que responderam aos questionários demonstram preocupação em promover as competências parentais junto das crianças que cuidam.

Quadro 9. Resultados obtidos no âmbito da promoção da parentalidade no controlo da dor.


Grupo IV – Promoção da parentalidade no controlo da dor da criança		
1- Valoriza os conhecimentos e habilidades dos pais no que respeita a/ao:	Sim	Não
1.1- Comportamento da criança quando tem dor (ex.: choro, isolamento, apatia,...)?	18	0
1.2- Estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ex.: chucha, colo, isolamento, distração com música, desenho, banho relaxante,...)?	18	0
1.3- Fatores de agravamento da dor na criança (ex.: barulho, pessoas desconhecidas,...)?	18	0


Por último, os enfermeiros foram incitados a refletir sobre o impacto das suas práticas no âmbito do controlo da dor na criança na sua unidade e, consequentemente, na instituição de saúde em que trabalham, solicitando-se ainda sugestões neste âmbito (quadro 10).

Quadro 10. Sugestões dos enfermeiros para melhorar a qualidade dos cuidados à criança com dor na sua unidade.

Grupo V		
1. Para terminar, considera que os cuidados prestados à criança com dor e família no seu serviço contribuem para que o Hospital onde exerce funções seja considerado um “Hospital Sem Dor”?	Sim	13
	Não	3
	Não responde	2
<p>2. O que sugere para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança com dor e família na sua unidade?</p> <p>a) Implementação de mais técnicas não farmacológicas para o alívio da dor da criança: 1;</p> <p>b) Mais brinquedos na sala de tratamentos com possibilidade de desinfeção: 2;</p> <p>c) Musicoterapia na sala de tratamentos: 2;</p> <p>d) Decoração do teto na sala de tratamentos: 1;</p> <p>e) Formação aos profissionais sobre dor e medidas não farmacológicas para controlo da dor: 5</p> <p>f) Formação alargada à equipa multidisciplinar (incluir as AAM: 1).</p> <p>g) Relembrar a equipa da existência de protocolos: 1;</p> <p>h) Cumprimento de protocolos (EMLA/SUCROSE): 2;</p> <p>i) Procedimento único de avaliação e controlo da dor com inclusão de escalas de avaliação da intensidade da dor com divulgação e formação no âmbito do mesmo, com auditorias sobre a sua concretização: 1;</p> <p>j) Possibilidade de registos de forma adequada no aplicativo informático: 2;</p> <p>k) Administração de analgesia nas primeiras 48 a 72 horas de pós-operatório, independentemente da manifestação de dor: 1;</p> <p>l) Planeamento dos procedimentos dolorosos: 1;</p> <p>m) Protocolos com analgesia para crianças com dor: 1</p> <p>n) Avaliação da história de dor: 1</p> <p>o) Material para avaliação da dor (desenho representativo de situação dolorosa: 1; réguas: 2; diagrama corporal para localizar a dor: 1;</p> <p>p) Utilizar outras escalas de avaliação da dor para além da FLACC e Escala numérica: 1;</p> <p>q) Folhetos informativos: 1;</p> <p>r) Utilização de <i>Livopan</i>[®] (protóxido de azoto): 1;</p> <p>s) Não responde: 5.</p>		

APÊNDICE XIX – Ação de formação e sensibilização: “Cuidados de Enfermagem à criança com dor – Avaliação e controlo”

Formador: Mariana Santiago Ferreira		Local: Gabinete 219		Data: 13/Março/2014		Duração: 50 min	
Sessão: Cuidados de enfermagem à criança com dor – avaliação e controlo		Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Internamento; Estudantes de Enfermagem.				N.º Formandos: 7	
Pré-requisitos: Enfermeiro prestador de cuidados à criança, jovem e família; estudantes de enfermagem a realizar estágio em pediatria.							
Objetivos Gerais: Sensibilizar os enfermeiros para a importância da avaliação e controlo da dor na criança; Contribuir para a uniformização das intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança.							
Objetivos Específicos	Atividades / Conteúdos		Métodos e Técnicas Pedagógicas	Avaliação		RD / Materiais	
				Tipo	Técnica		
No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none">• Compreender o conceito multidimensional da dor e a sua implicação na prática profissional;• Reconhecer os fatores que influenciam a dor na criança;• Identificar os principais obstáculos ao controlo da dor em pediatria;• Reconhecer a história da dor e a intensidade da dor como parâmetros fundamentais na avaliação da dor na criança;	Introdução <ul style="list-style-type: none">- Apresentação do tema- Apresentação dos objetivos- Levantamento de pré-requisitos	2’	Expositivo <ul style="list-style-type: none">▪ Exposição oral Interrogativo <ul style="list-style-type: none">▪ Formulação de questões	Diagnóstica	Formulação oral de questões	Computador com <i>software PowerPoint</i> Videoprojector Tela de projeção	
	Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none">- Conceito de Dor- Neurofisiologia da dor- Fatores que influenciam a dor na criança- Controlo da dor- Obstáculos ao controlo da dor- Avaliação da dor- Intervenções farmacológicas no controlo da dor- Intervenções não farmacológicas no controlo da dor.	12’	Expositivo <ul style="list-style-type: none">▪ Exposição oral	Formativa	Observação	Régua de avaliação da intensidade da dor	
		15’			Formulação oral de questões	Guião para colheita de dados sobre a História de dor da criança	
		19’			Formulação oral de questões	Formulário para recolha de dados sobre a história da dor	

Objetivos Específicos	Atividades / Conteúdos		Métodos e Técnicas Pedagógicas	Avaliação		RD / Materiais
				Tipo	Técnica	
<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as escalas de avaliação da intensidade da dor adequadas a cada criança; Reconhecer os princípios orientadores de boa prática na avaliação e controlo da dor da criança; Compreender a importância de uma filosofia de cuidados orientada para a prevenção da dor; Identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, úteis para a sua prática profissional. 	Conclusão - Espaço para questões - Síntese - Encerramento da sessão	2’	Expositivo ▪ Exposição oral Interrogativo Formulação de questões			Diplomas de bom comportamento Diagrama corporal (2)

Cuidados de enfermagem à criança com dor – Avaliação e Controlo



Enf.ª Mariana Santiago Ferreira

13 de Março de 2014

Objetivos gerais

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da avaliação e controlo da dor na criança;
- Contribuir para a uniformização das intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor na criança.

Objetivos específicos

- Compreender o conceito multidimensional da dor e a sua implicação na prática profissional;
- Reconhecer os fatores que influenciam a dor na criança;
- Identificar os principais obstáculos ao controlo da dor em pediatria;
- Reconhecer a história da dor e a intensidade da dor como parâmetros fundamentais na avaliação da dor na criança;
- Conhecer as escalas de avaliação da intensidade da dor adequadas a cada criança;
- Reconhecer os princípios orientadores de boa prática na avaliação e controlo da dor da criança;
- Compreender a importância de uma filosofia de cuidados orientada para a prevenção da dor;
- Identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, úteis para a sua prática profissional.

Conceito de Dor

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano.

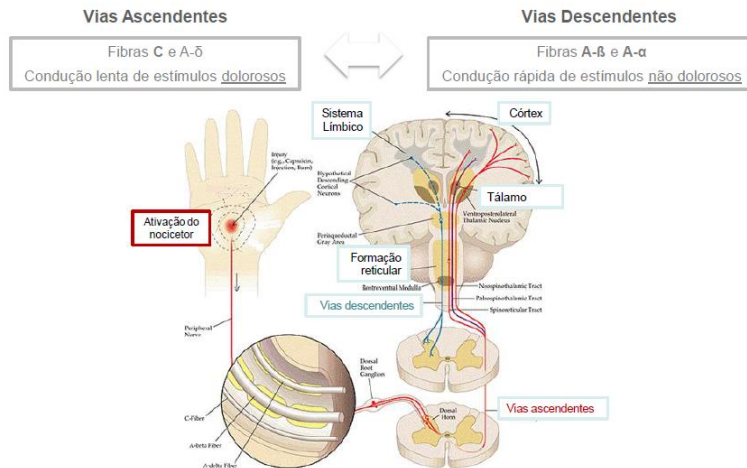
(IASP, 1979)

- Conceção multidimensional:
 - Sensorial – determinado neurofisiologicamente
 - Emocional – baseia-se no estado afetivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento, fatores de ordem pessoal cultural e espiritual.
- Fenómeno subjetivo e individual



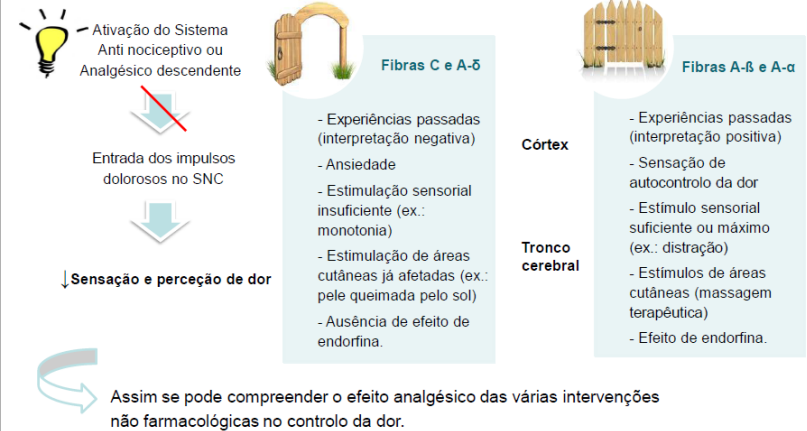
A avaliação e controlo da dor exige uma intervenção interdisciplinar e individualizada a cada criança e família.

Neurofisiologia da Dor



Neurofisiologia da Dor

TEORIA DO PORTÃO DE MELZACK E WALL



Fatores que influenciam a dor da criança



Individuais

- Idade, estágio de desenvolvimento, nível cognitivo;
- Personalidade e temperamento;
- Estilo de coping individual;
- Género, identidade genética, condição de saúde;
- Experiências prévias de dor;
- Ganhos secundários,...

Familiares

- Sensibilidade, empatia;
- Conhecimentos e atitudes da família;
- Percepção e atribuição de significado às experiências de dor;
- Modelos e história de dor na família.

Socioculturais

- Valores culturais;
- Expectativas da sociedade em que a criança está inserida (ex.: "os homens não choram")



Profissionais:

- Sensibilidade, empatia,
- Conhecimentos, atitudes, percepção e atribuição de significado às experiências de dor;
- Disposição para a ação de avaliação e controlo da dor.



Controlo da Dor

PROCESSO DINÂMICO DE ESTRATÉGIAS E OU INTERVENÇÕES COORDENADAS QUE TEM POR OBJETIVO:

**PREVENIR,
ALIVIAR E
TRATAR**



A DOR NAS CRIANÇAS!

É um dever dos profissionais de saúde e um direito da pessoa que sofre.

Obstáculos ao controlo da dor

Ideias incorretas acerca do controlo dor em pediatria

As crianças...

...mais pequenas não sentem dor.

... não sentem dor com a mesma intensidade que o adulto devido à imaturidade do SNS

O sistema neurológico nociceptor está completo às 28 sem de gestação, estando plenamente funcional à nascença, pelo que a criança tem dor e tem memória da mesma, sendo mesmo hiperálgica em relação ao adulto.

... vão-se habituando à dor e aos tratamentos

A dor repetida sobre a qual a criança não é capaz de sentir controlo está associada a níveis elevados de ansiedade e depressão que acentuam a experiência dolorosa.

... não conseguem descrever a dor de modo rigoroso

As crianças podem não ser capazes de exprimir a sua dor da mesma maneira que o adulto, no entanto, são capazes de localizar a sua dor ou fazer um desenho ilustrativo.

... não sentem dor quando estão a brincar

As crianças desenvolvem estratégias de coping para lidar com a dor da melhor forma que sabem.

Obstáculos ao controlo da dor

Ideias incorretas acerca do controlo dor em pediatria

As crianças...

... não necessitam de analgésicos quando dormem

A criança pode adormecer por exaustão, mas provavelmente irá acordar com dor (pós-operatório).

... terem de demonstrar dor para então serem administrados analgésicos

A dor deve ser tratada profilaticamente (quer no pós-operatório, quer em procedimentos médicos).

... dizem sempre quando têm dor

As crianças têm medo de sofrer mais procedimentos de diagnósticos e tratamento dolorosos, descobrir que estão doentes, desiludir ou incomodar os pais, adiar a alta,...

... não conseguem metabolizar os analgésicos da mesma forma que os adultos

"O fluxo sanguíneo renal, filtração glomerular e secreção tubular aumentam abruptamente nas primeiras semanas de vida, e aproximam-se dos valores dos adultos por volta dos 3 a 12 meses".

... com dor intensa não devem ser tratadas com opiáceos por risco de depressão respiratória

"Os narcóticos são tão perigosos para as crianças quanto para os adultos".

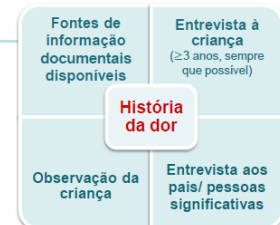
Avaliação da Dor



Avaliação da Dor na Criança

História da dor

- | Permite orientar a avaliação e o controlo da dor na criança;
- | Consiste na colheita de informação sobre a dor:
 - | Características da dor;
 - | Fatores de alívio e de agravamento;
 - | Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
 - | Formas de comunicar/expressar a dor;
 - | Experiências anteriores traumatizantes e medos;
 - | Habilidades e estratégias para combater a dor (estratégias de coping);
 - | Comportamento da criança e ambiente familiar;
 - | Efeitos da dor na vida diária;
 - | Impacto emocional e socioeconómico.
- | Deve realizar-se no acolhimento da criança e família ao serviço (incluir avaliação inicial);



Avaliação da Dor na Criança

História da dor – O que perguntar aos pais/criança/adolescente?



PAIS/ PESSOAS SIGNIFICATIVAS

- Que palavras utiliza o seu filho para se referir à dor?
- Que experiências dolorosas teve o seu filho anteriormente?
- O seu filho costuma dizer-lhe ou a outros quando está com dor?
- Como sabe que o seu filho tem dor? Como é que ele reage à dor?
- O que costuma fazer para aliviar a dor do seu filho (intervenções não farmacológicas)?
- Que medicamentos melhor aliviam a dor do seu filho?
- Existe alguma coisa em especial que gostaria que soubéssemos sobre o seu filho em relação à dor? (medos, experiências dolorosas traumatizantes)



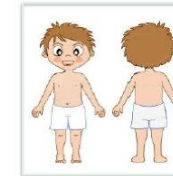
CRIANÇA/ADOLESCENTE

- Na criança até aos 8 anos, mostre-lhe as imagens representativas de experiências dolorosas e pergunte-lhe o que vê.
- Já sentiste dor? Quando?
- Lembreste da pior dor que já tiveste? Quando foi? (Realizar o treino da escala de autoavaliação da dor)
- Quando estás com dor contas a alguém? Se sim, a quem?
- O que gostas que te façam quando tens dor?
- Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba para quando tiveres dor?

Avaliação da Dor na Criança

Avaliação das características da dor

- Localização: Onde é que dói? Dói em mais algum lado/a dor irradia? (utilizar diagrama corporal)



- Qualidade:

Diz-me como é a tua dor (moedeira, tipo queimadura, formigueiro)

- Intensidade: Utilizar instrumentos de avaliação da intensidade da dor

- Duração: Quando começou a dor? Está sempre a doer (dor contínua) ou é uma dor que vai e vem (dor intermitente)?

Avaliação da Dor na Criança

Avaliação da intensidade da dor

- Consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, considerando

- Tipo de dor
- Idade da criança
- Situação clínica.

- Existem 2 tipos de escalas

- Autoavaliação
- Heteroavaliação ou comportamentais

Avaliar um fenómeno subjetivo como a dor requer a valorização da percepção de quem a vivencia, por isso a **autoavaliação** é o **padrão de ouro**.

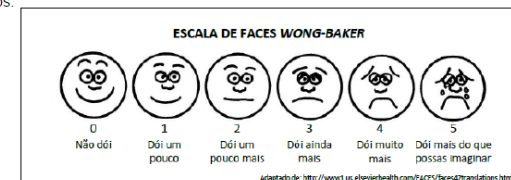


Avaliação da Dor na Criança

Avaliação da intensidade da dor - Autoavaliação

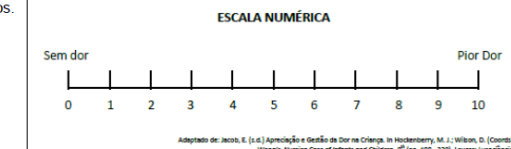
- Escala de faces de Wong-Baker

- Válida a partir dos 3 anos.



- Escala Numérica

- Válida a partir dos 6 anos.



Avaliação da Dor na Criança

Avaliação da intensidade da dor - Heteroavaliação

■ **Escala NIPS.** Válida em RN até aos 28 dias de vida (IG > 24 semanas).

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)	
Expressão facial	Descrição
0 - Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e mandíbulas enrugados (expressão facial negativa - mágoa e irritabilidade)
Choro	
0 - Ausente	Sem choro
1 - Choro baixo	Choramingos breves, intermitentes
2 - Choro típico	Gritos altos, agudos, contínuos, que são aumentados de intensidade (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento ótico facial e local)
Resposta	
0 - Ausente	Resposta normal para o RN
1 - Movimento na resposta	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, ruboriza, que inspira e responde
Bracos	
0 - Relaxados/estendidos	Ausência de rigidez articular, movimentos ocasionais e espontâneos dos braços
1 - Flexionados/curvados	Bracos tensos, estendidos e em extensão rígida e em rigidez
Pernas	
0 - Relaxadas/estendidas	Ausência de rigidez articular, movimentos ocasionais e espontâneos das pernas
1 - Flexionadas/curvadas	Pernas tensas, estendidas e em extensão rígida e em rigidez
Estado de vigília	
0 - Dormiente	Calmo, tranquilo e dorme em posição e estado
1 - Agitado	Alto, inquieto e agitado

Fonte: DGS, 2010

Avaliação da Dor na Criança

Avaliação da intensidade da dor - Heteroavaliação

■ **FLACC** (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Válida em crianças <4 anos ou na criança sem capacidade para verbalizar.

IDENTIFICAÇÃO			DATA											
			HORA											
FACE	0	1	2											
	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas											
PERNAS	0	1	2											
	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas											
ACTIVIDADE	0	1	2											
	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos											
CHORO	0	1	2											
	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos, queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.											
CONSOLABILIDADE	0	1	2											
	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído.	Difícil de consolar ou confortar											
Pontuação total														

Fonte: DGS, 2010

Avaliação da Dor na Criança

Avaliação da intensidade da dor - Heteroavaliação

■ **FLACC-R/PT.** Válida em crianças com multideficiência dos 4 aos 18 anos.

Face
0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso
1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada
2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico
Comportamento individualizado:
Pernas
0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores
1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais
2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos
Comportamento individualizado:
Actividade
0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica
1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.
2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; e tremer (sem arrepios); suar a respiração, arfar ou respirar fundo; grave contração muscular
Comportamento individualizado:
Choro
0 = Sem choro/ verbalização
1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais
2 = Choro contínuo, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes
Comportamento individualizado:
Consolabilidade
0 = Satisfeita e relaxada
1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.
2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto
Comportamento individualizado:

Fonte: Batalha e Mendes, 2013

Avaliação da Dor

Princípios de Boa Prática

- Acreditar sempre na criança que refere dor;
- Privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- Realizar a história da dor na admissão da criança ao hospital;
- Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- Se dor controlada (intensidade ≤ 3), avaliar a dor uma vez por turno (8/8h);
- Se dor não controlada (intensidade ≥ 4 e ≤ 10), avaliar de 4/4h;
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
- Avaliar a dor antes e após administração de analgésico (se PO ou retal: 1 hora; se EV: 30 min);
- Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.
- Registrar no processo clínico da criança todas as avaliações realizadas.

Intervenções farmacológicas no controlo da dor na criança

Ideias chave

A dor deve ser tratada profilaticamente;

Os analgésicos devem ser prescritos e administrados em doses terapêuticas e horários fixos e ajustados de acordo com a intensidade da dor, não devendo ser mantidos apenas quando necessário ou com intervalos longos entre as doses;

O enfermeiro é responsável por colaborar na revisão terapêutica, consoante a avaliação contínua da dor e resposta ao tratamento.



Intervenções farmacológicas no controlo da dor na criança

Aplicação tópica de anestésico local - EMLA®

- Mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%)

Finalidade:

Prevenir a dor da criança submetida a procedimentos invasivos dolorosos;
Minimizar/Eliminar o stress físico e psicológico vivenciado pela criança e pais.



EMLA® penso

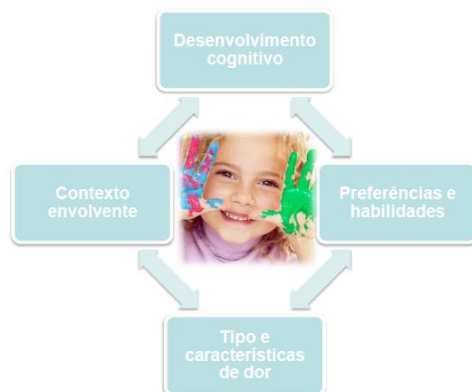


EMLA® creme

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM EM VIGOR NO SERVIÇO

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

A seleção das estratégias não farmacológicas depende de:



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Recém-nascidos

- Controlo da incidência de luzes fortes sobre o RN;
- Concentração das manipulações, agrupando os cuidados a realizar;
- Redução do ruído ambiente na unidade de cuidados associado ao equipamento;
- Preservação dos períodos de sono e repouso;
- Posicionamento e contenção (posição fetal, contenção em "ninho");
- Contacto pele com pele;
- Leite materno;
- Substâncias adocicadas (ex.: sacarose a 24% ou solução glicosada);
- Sucção não nutritiva (chupeta) com movimentos ritmados de sucção;
- Método de canguru.



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Métodos físicos

- Aplicação de calor e de frio (ex.: mialgias, seroma,...);
- Toque terapêutico/massagem;
- Posicionamento.

Intervenções cognitivas

- Informação antecipatória** - Explicar à criança e família as etapas do procedimento doloroso ou cirúrgico a que vai ser submetida e descrever as sensações por ele evocadas; evitar descritores associados à dor e sentimentos negativos.



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções cognitivas

Técnica de distração

Visa desviar a atenção da criança/adolescente da dor ou do procedimento doloroso em causa. Inclui atividades de brincadeira livre ou lúdica.

0 – 2 anos	Música, canção, linguagem teatral, exibição de objetos que despertem o interesse da criança (ex.: brinquedo que chia, com cores fortes e brilhantes e movimento)
2 – 6 anos	Leitura, conto de histórias, jogos simples (ex.: puzzles, plasticina), bolas de sabão,...
> 6 anos	Jogos, música, televisão e conto de histórias.
Crianças mais velhas	Conversa sobre temas diversos (ex.: escola, filmes, jogos, música)



Indicadas para procedimentos dolorosos de curta duração ou enquanto se aguarda o efeito analgésico. Se dor forte ou de concentração difícil são necessárias medidas farmacológicas adicionais



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções cognitivas

Autorrelato positivo

Ensinar a criança a fazer afirmações positivas quando sente dor

Parar o pensamento

Identificar fatos positivos sobre o evento doloroso

Identificar informação tranquilizadora

Pensamento positivo

Ensinar à criança declarações positivas para dizer quando estiver com medo ou dor. Exemplos: “Eu consigo controlar-me!”, “Eu sou capaz!”



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções cognitivas e cognitivo-comportamentais

Reforço positivo

Promove o elogio da criança ou recompensa após o procedimento doloroso, quando utilizou estratégias positivas para o alívio da dor.

O objetivo é modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio para a criança.

Imaginação guiada (> 4anos)

Consiste em levar a criança a concentrar-se numa imagem mental agradável que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas

- Imaginar um super-herói que vem tirar a dor...
- Sinto a brisa fresca e a areia molhada quando passeio na praia;
- A minha piza favorita sabe a...



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções cognitivas

Simulação ou modelação

Proporcionar à criança, antes do procedimento a realizar:

- a observação de uma pessoa a ser submetida ao mesmo procedimento;
- A utilização de instrumentos médicos reais ou a brincar (bonecos ou fantoches que representem um enfermeiro, um médico,...);
- Teatro com antecipação da situação;
- Demonstração do procedimento através de filmes (crianças mais velhas/ adolescentes).



Intervenções comportamentais

Distração comportamental

Refere-se à realização de atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos, que induzem a produção de endorfinas com a obtenção de sensação de relaxamento e bem-estar.

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções comportamentais

Relaxamento muscular

- Ajuda a criança a controlar a ansiedade associada ao acontecimento, com promoção do autocontrolo;
- Promove a diminuição do metabolismo, FC, FR e TA, produzindo uma sensação de calma e bem-estar, facilitando o sono, e diminuindo as náuseas e os vômitos.
- Reforça a relação enfermeiro/criança.

Tipos de relaxamento:

- Exercícios de respiração diafragmática
- Exercícios de relaxamento progressivo
- Exercícios de relaxamento ativo



A escolha do tipo de relaxamento depende: da idade da criança, das suas preferências, da experiência do enfermeiro, bem como do tempo disponível.

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções comportamentais

Relaxamento muscular

i. Exercícios de respiração diafragmática (a partir dos 2 anos)

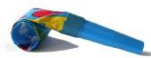
São fáceis de compreender e de rápida execução;

Previne a ansiedade ao evitar a hiperventilação e, consequentemente, a perda de autocontrolo;

Peça à criança para:

- soprar com força todo o ar cá para fora e seguidamente encher a barriga de ar como se fosse um balão e voltar a esvaziar todo o ar para a barriga ficar “magrinha”;
- para cheirar uma flor e soprar uma vela.

Utilize: cornetas coloridas, apitos tipo “língua da sogra” ou bolas de sabão!



Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções comportamentais

Relaxamento muscular

ii. Exercícios de relaxamento progressivo (crianças a partir dos 6 anos)

Visam alcançar um estado de relaxamento dos pés à cabeça com libertação da tensão muscular, através de exercícios de contração e descontração dos grupos musculares que se pretendem relaxar.

Punção venosa – Relaxar mãos e braços:



Utilize uma bola antistress. “Imagina que tens um limão na tua mão. Agora aperta-o com força para espremeres o sumo todo”. Repita o exercício imaginando outro limão mas desta vez ainda com mais força. “Agora larga o limão e relaxa. Vês como a mão e o braço estão melhor quando estão relaxados?”

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança

Crianças e adolescentes

Intervenções comportamentais

Relaxamento muscular

iii. Exercícios de relaxamento ativo (crianças a partir de 1 ano)

Promovem o relaxamento dos membros onde se vai realizar o procedimento doloroso e a libertação de tensões indesejadas.

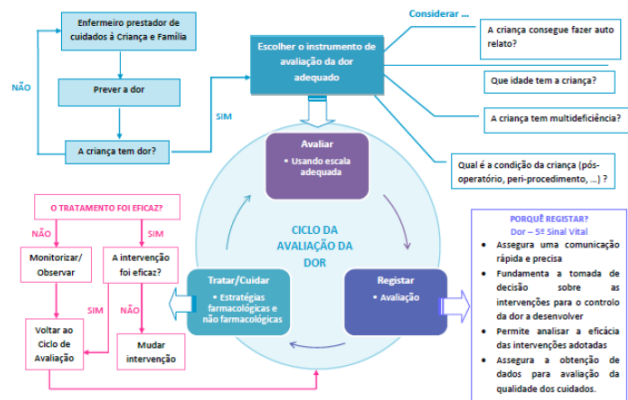
Exemplos:

Bater palmas com força e sentir os braços a ficarem cansados ou “leves como algodão”; saltar à corda; jogo da mão morta; exercício do “não me importa”



QUESTÕES

SÍNTESE



Referências Bibliográficas

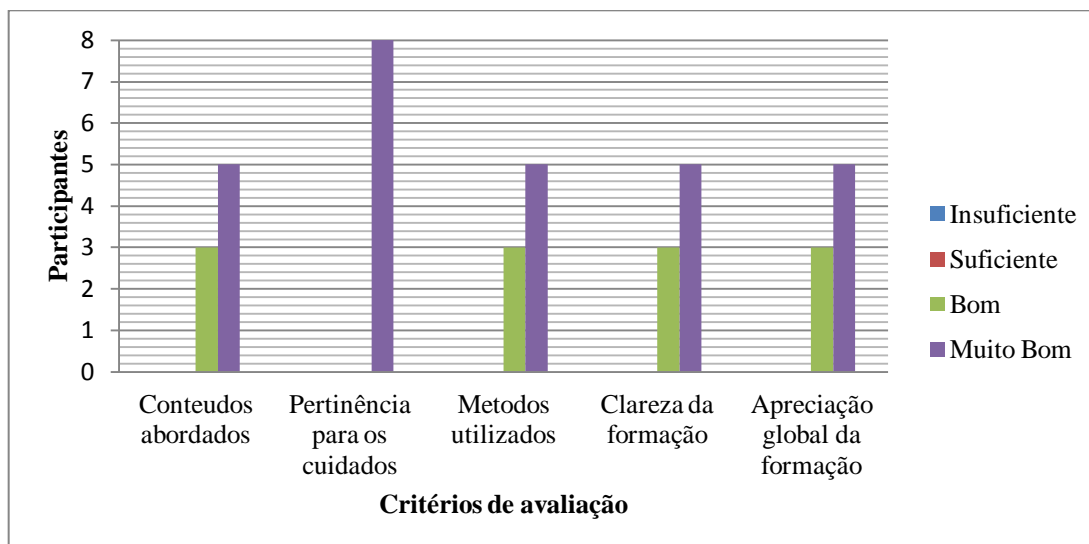
- Barros, L. (2003). Psicologia pediátrica, uma perspectiva desenvolvimentista. (2.ª ed. Revista e Aumentada). Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lousã: Lidel.
- Batalha, L. M.; Mendes, V. M. P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R)2013. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. série III (11), 7-17. DOI: 10.12707/RIII12101.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Circular normativa nº 11/DSCS – Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Circular normativa n.º14/2010 – Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa. Acedido a: 05/04/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde (2012). *Circular normativa n.º22/2012 – Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa. Acedido a: 05/04/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Royal College of nursing (2009). The recognition and assessment of acute pain in children – update of full guideline. London: Royal College of nursing;
- Jacob, E. (2011). Apreciação e Gestão da dor na criança. In: M.J. Hockenberry e D. Wilson. *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 188 – 239). Loures: Lusociência.
- MCEESIP (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- MCEESIP(2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapiçi, Z. & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Paediatrics*, (30), 119-128.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.



- Será que pertence ao grupo dos que acreditam que a dor da injeção é uma sensação inevitável e que quanto mais depressa se acabar com aquilo melhor para todos?
- Ou dos que pensam que as crianças não deveriam ter de suportar a dor e se deveria administrar rotineiramente um anestésico local?
- Ou ainda dos que acreditam que a sua atitude e palavras têm um papel essencial na forma como pais e crianças vão viver aquele momento e que é importante que o vivam o melhor possível?

(Barros, 2003)

Muito obrigada pela vossa atenção!



APÊNDICE XX – Proposta de revisão de Procedimentos de Enfermagem do contexto de trabalho no âmbito do controlo da dor na criança

MANUAL DO INTERNAMENTO PEDIÁTRICO
PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

1. NOME:

ADMINISTRAÇÃO DE SUCROSE ORAL

2. OBJECTIVO:

UNIFORMIZAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR AGUDA EM RECEM-NASCIDOS E CRIANÇAS ATÉ AOS 3 ANOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS DOLOROSOS MINOR

3. PARTICIPANTES:

ENFERMEIROS DO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA DO PISO 2HA E UNIDADE ESPECIAL DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

ENFERMEIROS DO ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE PEDIÁTRICO

ENFERMEIROS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

4. NOTAS TÉCNICAS:

A sucrose a 24% é um dissacarídeo composto por frutose e glicose.

A administração de sucrose oral é uma intervenção não farmacológica cientificamente comprovada como segura e eficaz na prevenção e alívio da dor associada a procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos minor em recém-nascidos e crianças até aos 3 anos de idade. Revela-se eficaz no controlo da dor durante procedimentos que geram dor de intensidade leve a moderada ou como adjuvante no tratamento da dor intensa.

O mecanismo de ação da sucrose a 24% deve-se à libertação de endorfinas (opiídeos endógenos) que ocupam nociceptores específicos, bloqueando momentaneamente os mediadores da resposta à dor.

O efeito analgésico é mediado pelas papilas gustativas da língua, ou seja, pela sensação de gosto doce, pelo que a sua utilização por sonda oro/nasogastrica não se revela eficaz.

A sucção não nutritiva (sucção digital realizada com dedo enluvado ou chupeta com movimentos ritmados de sucção), a presença da pessoa significativa e um posicionamento adequado potenciam o efeito analgésico da sucrose.

4.1. COMPOSIÇÃO E APRESENTAÇÃO

Composição: sucrose (24%) e água (76%), sem conservantes ou aditivos.

1 ml da solução contem 240 mg de sucrose.

Figura1. Unidose de 2 ml (480mg)



4.2. INDICAÇÕES

- Punções venosas, arteriais, capilares;
- Entubação nasogastrica;
- Cateterização vesical;
- Remoção de fita adesiva e eletrodos;
- Execução de penso;
- Mudança de placa/saco de colostomia;
- Remoção de pontos/agrafes de sutura;
- Injeções intramusculares e subcutâneas;
- Punção lombar;
- Punção suprapúbica;
- Exame oftalmológico;
- Fisioterapia dolorosa;
- ...

4.3. CONTRA-INDICAÇÕES

- Intolerância à frutose ou glicose;
- Criança sedada;
- Suspeita de enterocolite necrosante;
- Hiperglicemia.

4.4. EFEITOS ADVERSOS

- Risco de aspiração (vigiar sinais de engasgamento, tosse, náuseas e vômitos);
- Flatulência;
- Hiperglicemia.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS:

- 1) Certificar a inexistência de contraindicações;
- 2) Determinar a dose máxima indicada de acordo com o peso/idade do recém-nascido/criança (quadro 1);
- 3) Fornecer informação antecipatória aos pais/pessoas significativas sobre a administração de sucrose oral. Caso os pais desejem colaborar na sua administração, prestar os esclarecimentos necessários à sua segura utilização, conforme descrito seguidamente.

5.1. DOSE A ADMINISTRAR

Quadro 1. Doses recomendadas.

	< 1500 gr	0 – 1 mês	> 1 ano
Dose máxima por procedimento	0,2 – 0,5 ml	0,2 – 1 ml	1 – 2 ml
Dose máxima nas 24 horas	2,5 ml	5 ml	5 ml

5.2. MODO DE UTILIZAÇÃO

- 1) Administrar a sucrose oral 2-5 minutos antes de qualquer procedimento potencialmente doloroso (o pico de ação é atingido em 2 minutos e tem a duração de 5-10 minutos);
- 2) Administrar 1-2 gotas na região anterior da língua e superfície bucal (localização dos receptores gustativos responsáveis pela identificação de soluções adocicadas) ou na chucha, promovendo a sucção não nutritiva;
- 3) Se necessário, no mesmo procedimento, pode repetir-se a administração desde que não exceda as doses máximas recomendadas (quadro 1).

Nota: apenas pequenos volumes de sucrose são necessários. O objetivo não é usar a sacarose de forma inadequada para a aflição contínua.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Grupo de Trabalho Contra a Dor - CHLC (2010). Protocolo de administração de sacarose oral ao doente pediátrico.
- Harrison, D.M. Oral Sucrose for pain management in infants: Myths and misconceptions. *Journal of Neonatal Nursing* 2008, 14, 39-46.
- Marcatto, J.O.; Tavares, E.C.; Silva, Y.P. (2011). Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 23(2), 228-237.
- Mesa do Colégio da Especialidade de enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (2013). Guia Orientador de boa prática— ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA. Cadernos OE. Série 1. Número 6.
- Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. In: *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software 2004.
- http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Sucrose_oral_for_procedural_pain_management_in_infants/

MANUAL DO INTERNAMENTO PEDIÁTRICO
PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

1. NOME:

APLICAÇÃO TÓPICA DE ANESTÉSICO LOCAL - EMLA®

2. OBJECTIVO:

UNIFORMIZAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR AGUDA NA CRIANÇA SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS INVASIVOS DOLOROSOS

FACILITAR A INTEGRAÇÃO DE ENFERMEIROS E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

3. PARTICIPANTES:

ENFERMEIROS DO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA DO PISO 2HA E UNIDADE ESPECIAL DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

ENFERMEIROS DO ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE PEDIÁTRICO

ENFERMEIROS DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

ESTUDANTES DE ENFERMEGEM

4. NOTAS TÉCNICAS:

- Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, especialmente aqueles que envolvem agulhas, são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde, sendo considerados por muitas crianças e pais como uma das vivências mais perturbadoras da hospitalização.
- A dor associada ao procedimento doloroso é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos, sendo acompanhada com frequência por medo e ansiedade.
- A dor não tratada no decurso da doença e da hospitalização é potencialmente traumática para a criança e família, apresentando repercussões a longo prazo na tolerância e nas respostas à dor da criança.
- A prevenção da dor através de anestésicos tópicos representa um importante passo em frente na excelência dos cuidados prestados à criança com dor e família.
- O EMLA® (Eutectic Mixture of Local Anesthetics) é uma mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) com ação direta sobre os nociceptores da epiderme e derme e terminações nervosas, provocando analgesia local. A sensibilidade à pressão e tato poderá manter-se.

Finalidade:

- Prevenir/minimizar a dor da criança submetida a procedimentos invasivos dolorosos;
- Minimizar/Eliminar o stress físico e psicológico vivenciado pela criança e pais.

4.1. APRESENTAÇÃO E COMPOSIÇÃO

- EMLA® PENSO A 5% (unidade) - 1 g
- EMLA® CREME A 5% (bisnaga) - 5 g

Figura 1. EMLA® penso



Figura 2. EMLA® creme



Composição: 25 mg/g de lidocaína + 25 mg/g de prilocaína + excipientes (carbómero, óleo de rícino de polietilenoglicol 35, hidróxido de sódio e água purificada)

4.2. INDICAÇÕES

Prevenção da dor aguda no recém-nascido (IG > 32 semanas e com mais de 7 dias de vida), criança e adolescente submetidas aos seguintes procedimentos:

- Punções venosas, arteriais, capilares e lombares;
- Injeções intramusculares e subcutâneas;
- Inserção percutânea de cateteres venosos centrais;
- Procedimentos cirúrgicos superficiais antes da injeção local de outros anestésicos: biópsias, excisão de lesões cutâneas, toracocenteses, laser terapia, ...;
- Curetagem de molusco.

4.3. CONTRA-INDICAÇÕES

- Recém-nascido com IG ≤ 32 semanas ou com ≤ 7 dias de vida;
- Hipersensibilidade às substâncias ativas ou excipientes;
- Alergia à penicilina;
- Metahemoglobinemia congênita ou idiopática;
- Feridas abertas;
- Lesões agudas por Herpes *Zoster*;
- Mucosas, exceto mucosa genital (se indicação médica);
- Proximidade dos olhos (risco de lesão da córnea e potencial abrasão);
- Membrana timpânica deficiente.

4.4. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES

- Crianças medicadas com fármacos indutores da metahemoglobinemia (por exemplo sulfonamidas, acetaminofeno/ paracetamol, benzocaína, cloroquina, primaquina, quinidina, dapsona, nitrofurasona, nitroglicerina, fenitoína e fenobarbital);
- Crianças medicadas com anestésicos locais ou agentes estruturalmente relacionados com anestésicos locais e medicamentos antiarrítmicos de classe III (por exemplo, amiodarona, tocinida e mexiletina);
- No lactente (0-12 meses), considerar apenas a interação com as sulfonamidas, não sendo provável o tratamento com outro dos fármacos mencionados;
- Na criança com dermatite atópica, poderá ser suficiente um tempo de aplicação mais curto (15-30 minutos); na curetagem de molusco em crianças com dermatite atópica, recomenda-se um tempo de aplicação de 30 minutos.

4.5. EFEITOS ADVERSOS

- Reação local transitória caracterizada por: palidez cutânea ou eritema, ligeiro edema e sensação inicial de queimadura ou prurido.
- Irritação ocular após exposição acidental dos olhos. Se ocorrer, lavar imediatamente com água ou soro fisiológico e proteger o olho até a sensibilidade voltar.

4.6. DOSES A APLICAR E TEMPO DE OCLUSÃO

Quadro 1. Dose a aplicar em procedimentos com inserção de agulhas ou tratamento cirúrgico, de acordo com a idade e/ou peso.

Idade	Peso	Dose	Área de pele	Tempo de oclusão
29 d – 3 M	< 5 kg	Até 1 gr	< 10 cm ²	1 h (não mais)
3 – 11 M	5 - 10 kg	Até 2 gr	< 20 cm ²	1 – 4 h (máximo)
1 – 5 A	10 - 20 kg	Até 10 gr	<100 cm ²	1 – 5 h (máximo)
6 – 11 A	> 20 kg	Até 20 gr	< 200 cm ²	Nota: Após um tempo de aplicação mais longo, o efeito anestésico diminui.

Consensos nacionais em neonatologia:

- Recém-nascido pré-termo: dose de 0,5 g; recém-nascido de termo: 1 g (dose máxima de 2 g/dia);
- Até aos 3 meses evitar doses repetidas, pelo risco de metahemoglobinemia, especialmente se associado ao paracetamol;

A partir dos 3 meses:

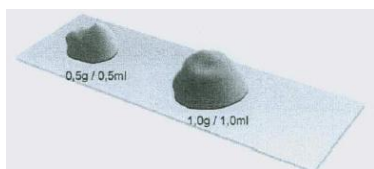
- Punções superficiais (endovenosas periféricas) - tempo mínimo de 1 hora;
- Punções profundas (lombares, intramusculares e subcutâneas e pequenos gestos cirúrgicos) - tempo mínimo de 2 horas.

Em lactentes e crianças mais pequenas, caso seja necessário anestesiá-las mais do que um local de punção, aplicar o EMLA® sob a forma de creme em doses fracionadas, considerando que:

1g = 1ml = 1/5 da bisnaga

0,5g = 0,5ml = 1/10 da bisnaga

Figura 3. Doses fracionadas de EMLA® creme



5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS:

- 1) Certificar a inexistência de contraindicações;
- 2) Confirmar o peso da criança;
- 3) Selecionar a forma de apresentação de EMLA® a aplicar (penso ou creme);
- 4) Fornecer informação antecipatória à criança e pais sobre o EMLA®:
 - i. Indicações e vantagens da sua aplicação;
 - ii. Efeitos adversos;
 - iii. Tempo de oclusão;
 - iv. Precauções/cuidados a ter durante a oclusão do penso.

5.1. MODO DE APLICAÇÃO

- 1) Identificar o local de punção;
- 2) Verificar a integridade cutânea do local no qual se irá realizar o procedimento;
- 3) Assegurar que a pele está bem limpa;
- 4) Aplicar o EMLA® (creme ou penso);
- 5) Se necessário, colocar uma ligadura ou rede tubular, de modo a assegurar a absorção do EMLA®.
- 6) Registar a hora de aplicação do EMLA® no próprio penso ou no adesivo, no caso de se ter colocado ligadura.
- 7) Aguardar o tempo de oclusão necessário.

Figura 4. Aplicação de EMLA® creme transparente



Figura 5. Oclusão com penso de campo



Se alergia ao látex, substituir o penso de campo transparente por película aderente.

O EMLA® provoca vasoconstricção. Por este motivo antes de uma punção venosa, retirar o penso e aguardar 15 minutos. O efeito vasoconstritor pode ser neutralizado através da aplicação de calor e/ou através da fricção do local para ingurgitamento da veia, favorecendo assim a sua visualização.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS.
- Gilboy, S.; Hollywood, E. (2009) Helping to alleviate pain for children having venepuncture. *Pediatric Nursing* (21) 8: 14-19.
- Grupo de Trabalho Contra a Dor - CHLC (2010). Protocolo De Aplicação Tópica de Anestésico Local ao Utente Pediátrico - EMLA.
- Huff, L. et al (2009). ATRAUMATIC CARE: EMLA Cream and application of heat to facilitate peripheral venous cannulation in children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* (32) 65-76
- INFARMED (2010). Resumo das características do medicamento - EMLA, 25 mg/g + 25 mg/g, creme.
- Jacqueline, A., Ellis, R.N., Sharp, D., Newhook, K., Cohen, J. (2004). Selling Comfort: A Survey of Interventions for Needle Procedures in a Pediatric Hospital. *Pain Management Nursing*, 5 (4): 144-152.
- Rocha, G., Proença, E., Fernandes, P., Matos, A., Costa, T., Carreiro, H., Areias, A. (2004). Analgesia e Sedação. In: Secção de Neonatologia, Sociedade Portuguesa de Pediatria. Consensos Nacionais em Neonatologia (pp. 45-51). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

APÊNDICE XXI – Instrumentos para colheita de dados sobre a História da Dor da criança

GUIÃO PARA COLHEITA DE DADOS SOBRE A HISTÓRIA DA DOR DA CRIANÇA

A realização da **História da Dor** permite orientar a avaliação e o controlo da dor na criança, devendo estar incluída na avaliação inicial. Em **crianças com menos de 3 anos** ou no caso de não ser possível obter a informação respondida pela criança, dirija as perguntas aos pais/pessoas significativas. **A partir dos 3 anos**, desde que a condição de saúde da criança permitir, dirija as perguntas à própria criança, envolvendo os pais quando necessário.

PAIS/ PESSOAS SIGNIFICATIVAS

- 1- Que palavra(s) utiliza o seu filho para se referir à dor?
- 2- Que experiências dolorosas teve o seu filho anteriormente?
- 3- O seu filho costuma dizer-lhe ou a outros quando está com dor?
- 4- Como sabe que o seu filho tem dor? Como é que ele reage à dor?
- 5- O que costuma fazer para aliviar a dor do seu filho (intervenções não farmacológicas)?
- 6- Que medicamentos melhor aliviam a dor do seu filho?
- 7- Existe alguma coisa em especial que gostaria que soubéssemos sobre o seu filho em relação à dor? (medos, experiências dolorosas traumatizantes, ...)



CRIANÇA

- 1- Na criança até aos 8 anos, mostre-lhe as imagens representativas de experiências dolorosas e pergunte-lhe o que vê. Questiona a criança:
- 2- Já tiveste alguma dor? Quando?
- 3- Lembraste da pior dor que já tiveste? Quando foi? (Instruir e treinar sobre a escala de autoavaliação da intensidade da dor)
- 4- Quando estás com dor contas a alguém? Se sim, a quem?
- 5- O que gostas que te façam quando tens dor?
- 6- Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba para quando tiveres dor?

História da Dor

Formulário dirigido à família

Serviço: _____

NHC: _____

Nome: _____

Idade: _____

Perguntas:	Respostas:			
1- Que palavras utiliza o seu filho para se referir à dor?				
2- Descreva as experiências dolorosas anteriores do seu filho.				
3- O seu filho costuma dizer-lhe ou a outros quando está com dor?				
4- Como sabe que o seu filho está com dor? Como é que ele reage à dor?				
5- O que costuma fazer para aliviar a dor do seu filho (chucha, colo, embalo, posicionamento, massagem, toque, massagem, estratégias de distração,...)?				
6- Que medicamentos melhor aliviam a dor do seu filho?	Medicamento	Forma de apresentação	Dose	Frequência
7- Existe alguma coisa em especial que gostaria que soubéssemos sobre o seu filho em relação à dor? (medos, experiências dolorosas traumatizantes, ...)				

Adaptado de: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008; DGS, 2010.

História da Dor

Formulário dirigido à criança

Serviço _____

NHC: _____

Nome: _____

Idade: _____

Perguntas:	Respostas:
1- O que dizes quando tens dor?	
2- Já sentiste dor? Quando?	
3- Lembraste da pior dor que já tiveste? Quando foi?	
3- Quando estás com dor contas a alguém? Sem sim, a quem?	
4- O que gostas que te façam quando tens dor?	
5- Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba para quando tiveres dor?	

Adaptado de: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008; DGS, 2010.

História da Dor

Formulário dirigido ao Adolescente

Serviço: _____

NHC: _____

Nome: _____

Idade: _____

Perguntas:	Respostas:
1- Descreve as tuas experiências dolorosas anteriores.	
2- Como reages, habitualmente, à dor?	
3- O que gostas que façam por ti quando tens dor?	
4- Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba para quando tiveres dor?	

Adaptado de: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008; DGS, 2010.

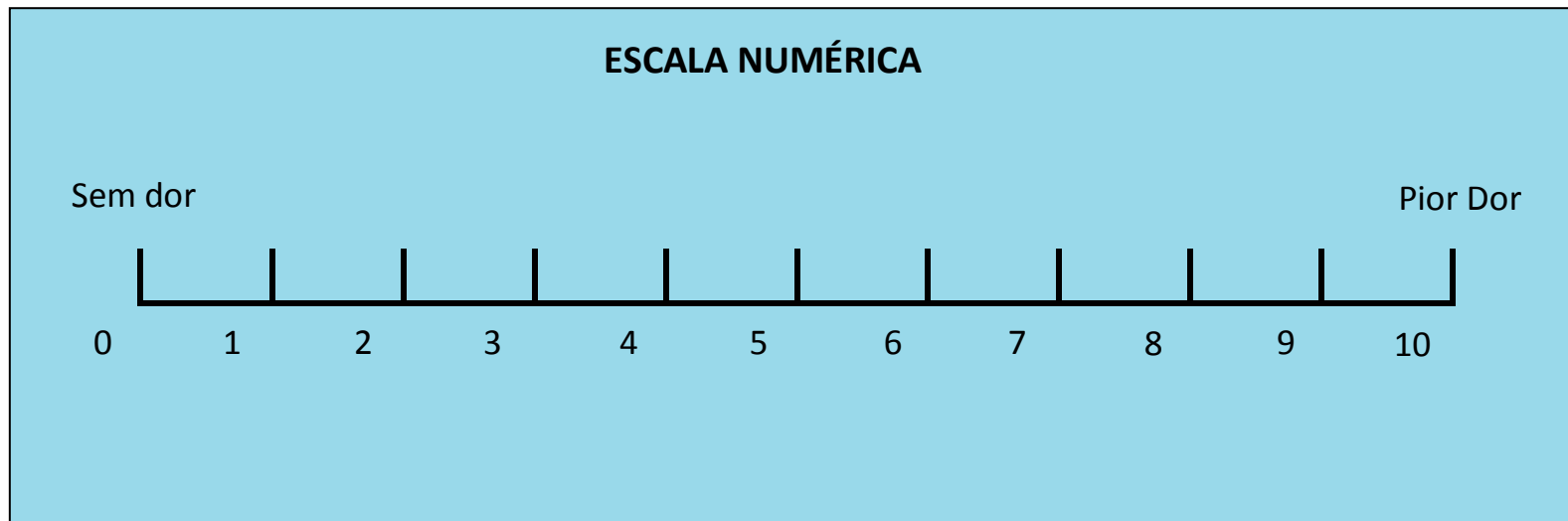
APÊNDICE XXII – Instrumentos de autoavaliação da dor na criança

RÉGUA DE AUTOAVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

A partir dos 3A:



A partir dos 6A:



DIAGRAMAS CORPORAIS



APÊNDICE XXIII – Diplomas de “bom comportamento”

Diploma de Bom Comportamento



A enfermeira _____ certifica que
o menino _____ se portou muito
bem no Hospital _____ e que foi muito corajoso!



Lisboa, ____ de _____ de 20__

Diploma de Bom Comportamento



A enfermeira _____ certifica que a
menina _____ se portou muito
bem no Hospital _____ e que foi muito corajosa!

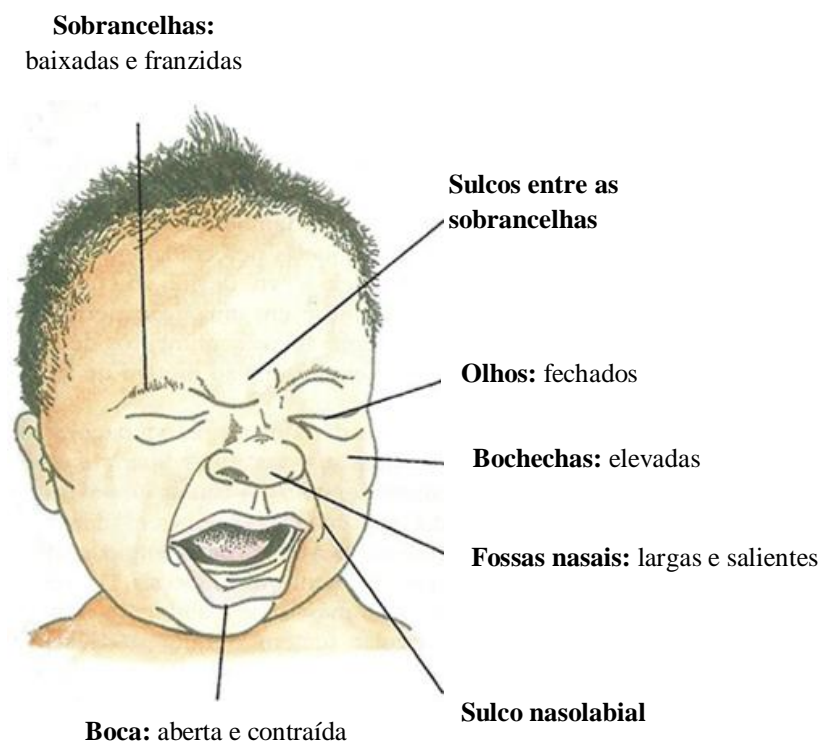


Lisboa, ____ de _____ de 20__

ANEXOS

ANEXO I – Expressão facial de dor no recém-nascido e lactente

EXPRESSÃO FACIAL DE DOR NO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE



Fonte: Adaptado de PAWAR, Dilip; GARTEN, Lars (2010). Tratamento da dor em crianças. In: KOPF, Andreas; PATEL, Nilesh, B. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: International Association for the Study of Pain. p. 274-290.

ANEXO II – Escalas de avaliação da intensidade da dor

EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) – de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

	0	1	2	3
Rosto	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
Interação	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
Reconforto	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada

Fonte: PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças.
Lisboa: DGS.

NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) – indicada para RN de termo e pré-termo

EXPRESSÃO FACIAL

0= Relaxada: face serena, expressão neutra

1= Careta: músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).

CHORO

0= Ausente: sereno, não chora.

1= Choramingo: Choramingo brando, intermitente.

2= Choro vigoroso: Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade.

(Nota: O choro silencioso pode ser detetado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local)

RESPIRAÇÃO

0= Relaxada: padrão normal para o RN.

1= Mudança na respiração: inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.

BRAÇOS

0= Relaxados/Controlados: ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços

1= Flexionados/Estendidos: braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.

PERNAS

0= Relaxadas/controladas: ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.

1= Flexionadas/Estendidas: pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.

ESTADO DE VIGÍLIA

0= Dorme/calmo: calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.

1= Agitado: alerta, inquieto e agitado.

Fonte: PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Escalas de Heteroavaliação da Intensidade da Dor

PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) – útil para a avaliação da dor em procedimentos

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
Idade gestacional (semanas)		≥ 36	32 – 25 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 seg e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo/ acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto/ acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo/ dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto/ dorme Olhos fechados Sem mímica facial
	FC máxima	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO₂ mínimo	↓ 0 – 2,4%	↓ 2,5 – 4,9%	↓ 5,0 – 7,4%	↓ 7,5%
	Testa franzida	Ausente (0 – 9% do tempo)	Mínimo (10 – 39% do tempo)	Moderado (46 – 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 – 9% do tempo)	Mínimo (10 – 39% do tempo)	Moderado (46 – 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
Observar RN 30 seg	Sulco naso-labial	Ausente (0 – 9% do tempo)	Mínimo (10 – 39% do tempo)	Moderado (46 – 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas
ATIVIDADE	Deitado calmamente, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar

Fonte: PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)

FACE

0 = Nenhuma expressão particular ou sorriso

1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando; introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada

2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico

Comportamento individualizado: _____

PERNAS

0 = Posição normal ou relaxadas; tonicidade normal e movimentação habitual dos membros inferiores e superiores

1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais

2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos

Comportamento individualizado: _____

ATIVIDADE

0 = Deitada calmamente, em posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica

1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, e com agressividade); respiração superficial e estabilizada; suspiros intermitentes.

2 = Curvada, rígida ou com movimentos bruscos; agitação grave; bate com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular

Comportamento individualizado: _____

CHORO

0 = Ausência de choro/ verbalização

1 = Gemido ou choramingo, queixas ocasionais; explosão verbal ou resmungos ocasionais

2 = Choro continuado/persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, resmungos constantes

Comportamento individualizado: _____

CONSOLABILIDADE

0 = Satisfeita e relaxada

1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída

2 = Difícil de consolar ou confortar, afasta o prestador de cuidados, resiste aos cuidados ou às medidas de conforto

Comportamento individualizado: _____

ESCALA DE FACES DE WONG-BAKER



Fonte: Jacob, E. (2014) *Apreciação e Gestão da Dor na Criança*. In Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição* (pp. 188 - 239). Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1

A escala de faces de *Wong-Baker* é uma escala de autoavaliação que permite às crianças mais pequenas ($\geq 3A$) utilizarem as suas habilidades sensoriais para além das cognitivas.

Instruções metodológicas:

Explique à criança que cada face representa uma pessoa que se sente alegre por não ter dor (ferida) ou triste porque há alguma muita dor.

Face 0 – é muito alegre porque não há dor ou ferida;

Face 1 – dói só um bocadinho;

Face 2 – dói um pouco mais;

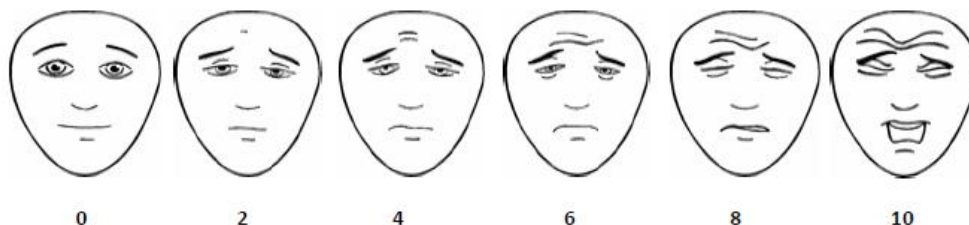
Face 3 – dói ainda mais;

Face 4 – dói mesmo muito mais;

Face 5 – dói mais do que se possa imaginar, embora nem todas as pessoas chorem por se sentirem assim.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve a sua dor.

ESCALA DE FACES REVISTA
(FPS-R – *FACES PAIN SCALE-REVISED*)



Fonte: <http://www.usask.ca/childpain/fpsr/>

Instruções metodológicas:

Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correto para determinada criança. “Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais a direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].”

Atribua a face escolhida 0, 2, 4, 6, 8 ou 10, contando da esquerda para a direita, de modo que “0” = sem dor e “10” = muita dor.

Não use palavras como “alegre” e “triste”. Esta escala destina-se a medir como as crianças se sentem por dentro, não como aparentam estar.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Sem Dor _____ Dor Máxima

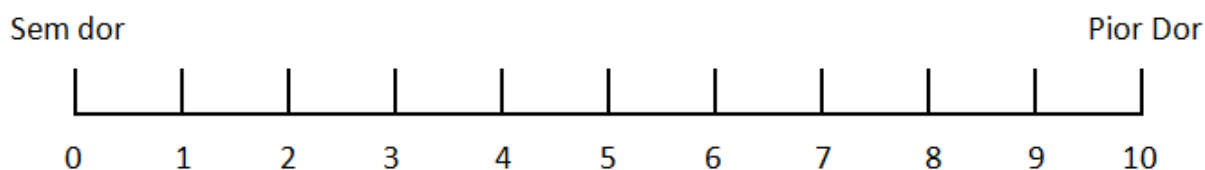
Fonte: PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09 DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS.

A EVA consiste numa linha horizontal ou vertical com 10 cm de comprimento que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”.

Instruções metodológicas:

Peça à criança para assinalar com uma cruz ou com um traço perpendicular à linha, no ponto em que representa a intensidade da sua dor. Há por isso uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se assim uma classificação numérica a registar.

ESCALA NUMÉRICA



Fonte: Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (Coords). *Wong's, Nursing Care of Infants and Children*, 9th (pp. 188 - 239). Loures: Lusociência.

A EN consiste numa régua dividida em 11 partes iguais numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Batalha, L. M.; Mendes, V.M.P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R) 2013. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. série III (11), 7-17. **DOI:** 10.12707/RIII12101.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09 DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS.

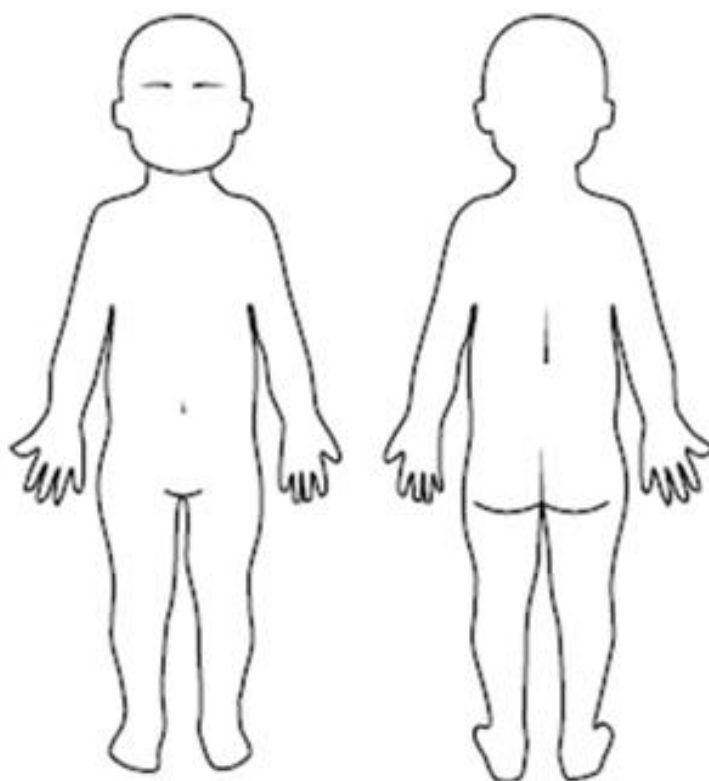
Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (Coords). *Wong's, Nursing Care of Infants and Children, 9th* (pp. 188 - 239). Loures: Lusociência.

<http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Resources2/FPSR/Portuguese.pdf>

Tradução do original do inglês: BATALHA, Higher Nursing School of Bissaya Barreto, Portugal e ROCHA, University of Saskatchewan, Canada.

ANEXO III – Diagrama corporal

DIAGRAMA CORPORAL



Fonte: http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/Fasc_Dor_Crianca.pdf

ANEXO IV – Certificado de presença no IV Encontro de Benchmarking da MCEESIP



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIANA SANTIAGO FERREIRA

Membro n.º **65184** desta Ordem, esteve presente no **IV ENCONTRO DE BENCHMARKING** do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, de 11 de outubro de 2013, com a duração total de 8 horas, em Lisboa, no Auditório do Complexo Escolar Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Lisboa, 12 de outubro de 2013.

O Bastonário

Enf. Germano Couto



PROGRAMA

11 DE OUTUBRO

09h00 Sessão de Abertura

09h15 Paineis 1 – BEM-ESTAR E AUTO-CUIDADO

Moderação: Ivone Ornelas – Grupo de Trabalho Contra a Dor - HDE - CH Lisboa Central, EPE

- "Preparação para a Cirurgia da Criança e Família realizada pela Enfermeira na Consulta Externa de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia" – Maria Luísa Bandeira, Sandra Cristina Faleiro - CH de Lisboa Central, EPE

- "MEDO" em Pediatria: Intervir para Reduzir" – Ana Luísa Bastos, Amanda Maria Fernandes, Liliana Pacheco, Raquel Martins da Silva, Sandra Azevedo, Sandra Ferreira - CH do Alto Ave, EPE (Serv. Pediatria)

10h00 Paineis 2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

Moderação: Ana Cristina Pinheiro, ACeS Amadora - USF Venda Nova

- "Estratégias motivadoras na mudança do comportamento alimentar infantil – o registo dos lanches" – João Neves Amado, Maria Clara Braga, Constança Festas Barbosa - Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto

- "Viver melhor – obesidade na adolescência" – Maria de Jesus Fradique, Natalina Cardoso – ULS Castelo Branco (Serviço Pediatria)

11h15 Paineis 3 – ADAPTAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Moderação: Maria Amélia Monteiro, presidente da MCEESIP

- "Processo de adaptação à Insuficiência Renal Crónica: Do diagnóstico ao Transplante Renal" – Fátima Margarida Couto, Maria de Fátima Alves – CH de Porto (Serviço de Internamento de Pediatria Médico-Cirúrgica)

- "Inclusão escolar de Crianças com Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – Projeto: Tutoria de Pares" – Luís Sá, João Neves Amado, Maria Clara Braga, Constança Festas Barbosa - Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Porto

- "Ensinos aos pais da criança com doença crónica hospitalizada na UCI Pediátrica" – Pedro Jacome de Sousa - CH de Lisboa Central (HDE - UCI Pediátrica)

12h20 Conferência – Modelo de desenvolvimento Profissional - Que contributos do Enfermeiro ESIP

Francisco Mendes – Coordenador Nacional da Estrutura de Idoneidade da OE

14h30 Paineis 4 – PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Moderação: Paula Godinho Lopes, Consulta Externa - HDE - CH Lisboa Central, EPE

- "Intervenção Precoce" – Leonel Oliveira - ACeS Cávado I Braga - ELI Precoce Colina Assucena

- "Telefonia de Acompanhamento Pós-alta à Criança e Família" – Ana Moreira, Dália Casiro, Maria Isabel Gonçalves - Hospital da Luz (Internamento de Pediatria)

- "Sinalização/encaminhamento de crianças maltratadas ao NHACJR do HGO, em contexto de Urgência" – Fátima Prior, Célia Pereira, Ana Paula Figueiredo - Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (Urgência Pediátrica)

15h45 Paineis 5 – A SATISFAÇÃO DA CRIANÇA E JOVEM

Moderação: Maria Aminda Monteiro, secretária da MCEESIP

- "Grupos de Ajuda Mútua: Proposta de um Modelo de Intervenção Promotor de Esperança" – Zaida Charepe - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa

- "Projeto de melhoria contínua do Cuidados de Enfermagem - Foco atenção Dor - em contexto de Urgência Pediátrica/Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos / Internamento de Pediatria" – Marta Galvão Gomes; Cláudia Florêncio, Maria de Fátima Figueira, Maria do Rosário Lobo, Maria de Lurdes Pereira Almeida - CH de Lisboa Ocidental EPE - HSFX: Internamento de Pediatria, Serv de Urg. Pediátrica

- "Adaptação intercultural da escala Nursa Parent Support Tool (NPST) para a realidade portuguesa" – Sandra Valadão - Hospital de Santo Espírito (Terceira) - Unidade Tratamento Pediátrica

- "Estudo sobre a aplicabilidade da escala FLACC-R/PT e a prevalência da dor nas crianças com multideficiência" – Vera Mendes – CHUC - Hospital Pediátrico de Coimbra - Serviço de Cirurgia e Queimados e UITHP

17h15 - Encerramento dos trabalhos

12 DE OUTUBRO

9h15 Paineis 6 – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Moderação: José Carlos Nelas, secretário da MCEESIP

- "O Enfermeiro de Referência no Cuidar a Criança/Adolescente e Família com Diabetes" – Júlia Alexandre, Purification Ambras, Sandra Sousa – CHA - Hospital de Faro, EPE (Dept. Materno-Infantil, Serv. Pediátrico (UIP))

- "Criação de Protocolo de Triagem em Urgência pediátrica: Estruturar/normatizar a triagem na UP" – Maria de Fátima Figueira, Maria do Rosário Almeida - CH de Lisboa Ocidental (HSFX – Serv. de Urgência Pediátrica)

- "Parametrização dos Registos de Enfermagem na sala de reanimação do serviço de urgência pediátrica" – Fernanda Loureiro, Inês Seródio - CH de Sevilha, E.P.E (Serv. Urg. Pediátrica)

- "Networking em Saúde Infantil: construir caminho, encurtar distâncias" – Maria Manuela Bastos, Andrea Oliveira, Maria Lúcia Fonseca - CH de Porto, EPE

11h30 Conferência – "Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil"

Bárbara Moniz – Direção Geral de Saúde

13h00 Encerramento dos trabalhos